Aus dem Institut für Rechtsmedizin der Freien Universität Berlin
Projektgruppe Drogenprobleme

# ERFAHRUNGEN MIT HASCHISCH

## Ergebnisse einer Befragung von 234 Konsumenten von Cannabis und anderen Drogen in Berlin (West) 1969/70

Inaugural - Dissertation
zur
Erlangung der medizinischen Doktorwürde
an den Medizinischen Fachbereichen
der Freien Universität Berlin

vorgelegt von
Jan Herha
aus Hausdorf

1973

Aus dem Institut für Rechtsmedizin der Freien Universität Berlin
Projektgruppe Drogenprobleme

# ERFAHRUNGEN MIT HASCHISCH

## Ergebnisse einer Befragung von 234 Konsumenten von Cannabis und anderen Drogen in Berlin (West) 1969/70

Inaugural - Dissertation
zur
Erlangung der medizinischen Doktorwürde
an den Medizinischen Fachbereichen
der Freien Universität Berlin

vorgelegt von
Jan Herha
aus Hausdorf

Referent: Professor Dr. med. Friedrich B s c h o r

Korreferent: Professor Dr. med. Helmut C o p e r

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fachbereiche
der Freien Universität Berlin

Promoviert am 23. Januar 1973

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

# I N H A L T S V E R Z E I C H N I S


| | | Seite |
|---|---|---|
| I. | EINLEITUNG | 6 |
| II. | LITERATURÜBERSICHT | 8 |
| | 1. Historisches | 9 |
| | 2. Botanik und Pharmakologie | 10 |
| | 3. Verarbeitungs- und Einnahmeformen | 15 |
| | 4. Cannabis-Effekte | 17 |
| | 4.1. Somatische Cannabis-Effekte | 18 |
| | 4.2. Neurologische und psychiatrische Beobachtungen | 21 |
| | 4.3. Psychische Effekte | 28 |
| | 5. Erkundungsstudien | 31 |
| | 5.1. Ausländische Studien | 31 |
| | 5.2. Deutsche Studien | 36 |
| III. | METHODIK | 43 |
| | 1. Der Fragebogen | 43 |
| | 2. Durchführung der Befragung | 44 |
| | 3. Die samples | 47 |
| IV. | ERGEBNISSE DER EMPIRISCHEN STUDIE | 50 |
| | 1. Cannabis-Konsumenten | 50 |
| | 1.1. Persönliche Daten | 50 |
| | 1.1.1. Geschlecht, Alter und Familienstand | 50 |
| | 1.1.2. Ausbildung und Beruf | 52 |
| | 1.1.3. Wohnsituation | 54 |
| | 1.2. Eltern und Geschwister | 55 |
| | 1.3. Selbst- und Umweltorientierung | 57 |
| | 1.3.1. Hobbies und Interessen | 58 |
| | 1.3.2. Lebensziele | 60 |
| | 1.3.3. Zufriedenheit mit Ausbildung und Beruf | 60 |
| | 1.3.4. Politisches Engagement | 62 |

| | Seite |
|---|---|
| 1.4. Drogenorientierung | 64 |
| 1.4.1. Konsumierte Drogen | 64 |
| 1.4.2. Drogensequenz | 66 |
| 1.4.3. Alkohol- und Tabakkonsum | 66 |
| 1.4.4. Monatliche Ausgaben für Drogen | 67 |
| 1.4.5. Bewertung des eigenen Drogenkonsums | 69 |
| 1.4.6. Bewertung der Gesundheitsschädlichkeit | 72 |
| 1.4.7. Einstellung zur Freigabe von Drogen | 74 |
| 1.4.8. Handel und Weitergabe von Drogen | 75 |
| 1.4.9. Drogengebrauch im sozialen Umfeld | 76 |
| 1.4.10. Verführung zum Opiat-Konsum | 78 |
| 2. Cannabis-Konsum | 79 |
| 2.1. Beginn des Konsums | 79 |
| 2.1.1. Zeitpunkt des Beginns | 79 |
| 2.1.2. Ort des Beginns | 80 |
| 2.1.3. Erste Erwerbsart | 80 |
| 2.1.4. Neugier, Probierwunsch und Zögern | 81 |
| 2.2. Fortgesetzter Konsum | 81 |
| 2.2.1. Häufigkeit des Konsums | 81 |
| 2.2.2. Dosierung | 85 |
| 2.2.3. Einnahmetechniken | 88 |
| 2.2.4. Einnahmesituation, set und setting | 89 |
| 3. Motive | 90 |
| 3.1. Motive für den Beginn des Drogenkonsums | 90 |
| 3.2. Motive für die Fortsetzung des Drogenkonsums | 91 |
| 3.2.1. Hedonistische Motive | 91 |
| 3.2.2. Emanzipatorische Motive | 92 |
| 3.2.3. Selbsttherapeutische Motive | 92 |
| 3.2.4. Anpassung | 94 |
| 3.2.5. Protest | 94 |
| 4. Cannabis-Effekte | 95 |
| 4.1. Vegetative Effekte | 96 |
| 4.2. Motorische Effekte | 98 |
| 4.3. Effekte auf die Haut- und Tiefensensibilität | 100 |
| 4.4. Effekte auf Gefühl, Affekt und Stimmung | 101 |
| 4.5. Effekte auf trieb-, affekt- und willensabhängige Äußerungen und Handlungen | 104 |

Seite

4.6. Cannabis-Effekte auf die Wahrnehmung, die Vorstellung, das Denken, das Gedächtnis und die Orientierung 105

5. Zwei Schilderungen des Cannabis-Rausches 113

6. Vergleich der Effekte von Cannabis und LSD 114

7. Den Cannabis-Rausch überdauernde Effekte 117

7.1. Unmittelbare Nachwirkungen 117

7.2. Gesundheitliches Befinden der Konsumenten 118

7.3. Änderungen im Alltagsleben seit Konsumbeginn 120

V. DISKUSSION 125

1. Zur Methodik 125

2. Die Ursachen, Motivationen, Effekte und Auswirkungen des Drogenkonsums mit besonderer Berücksichtigung von Haschisch und Marihuana 130

2.1. Der soziale Kontext des Drogenkonsums 132

2.2. Der individuelle Kontext des Drogenkonsums 141

2.3. Drogenspezifische Aspekte des Cannabis-Konsums 152

3. Zur Frage des "Umsteigeeffektes" von Cannabis auf "härtere" Drogen und zur Frage der Legalisierung von Haschisch 162

VI. ZUSAMMENFASSUNG 170

VII. LITERATURVERZEICHNIS 174

VIII. ANHANG 188

1. Der Fragebogen 188

2. Drogenglossar 194

# I. E I N L E I T U N G

Seit etwa Mitte der sechziger Jahre hat sich der Konsum von Rauschmitteln durch Jugendliche auch in Berlin (West) allmählich zu einem Problem beträchtlichen Umfanges entwickelt, nicht nur für die Rauschmittelkonsumenten selbst, sondern auch für ihre Umwelt - Familie, Schule, Polizei, Behörden und nicht zuletzt für die Ärzte.
Diese Entwicklung ist anhand einer Statistik aus "Kriminalität 1971", herausgegeben vom Polizeipräsidenten in Berlin, zu erkennen:

Tab. 1: Rauschgiftdelikte, Jahresvergleich in Berlin (West) (Opiumgesetz vom 10.12.1929 und 9.1.1934 und VO)

| Jahr | Anfall | Jahr | Anfall |
|---|---|---|---|
| 1964 | 70 | 1968 | 140 |
| 1965 | 57 | 1969 | 520 |
| 1966 | 52 | 1970 | 858 |
| 1967 | 80 | 1971 | 1172 |

Die Dunkelziffer wird von Fachleuten zwischen dem Zehnfachen und Dreihundertfachen dieser Zahlen geschätzt. Die Anzahl der Opiatsüchtigen wird von Kennern der Berliner Drogenscene inzwischen auf ca. ein- bis zweitausend geschätzt (Stand Mai 1972). Somit zeichnet sich hier eine Entwicklung ab, wie sie bereits in den USA, England, Holland und den skandinavischen Ländern vorangegangen war.

Dieser zunehmende Drogenkonsum junger Menschen und die damit zusammenhängenden Aufgaben der ärztlichen Beratung, der Behandlung und der Begutachtung bringen eine Fülle zunächst ungelöster Probleme mit sich. Es war von vornherein klar, daß Untersuchungen an Begutachtungsfällen nicht ausreichen, um eine hinreichend breite Grundlage an Kenntnissen zu schaffen. Diese Einsicht gab Anlaß, daß sich im Sommer 1969 unter der Leitung von Prof. Bschor eine spezielle Forschungsgruppe gebildet hat, deren Ziel es war,

im Rahmen einer Projektstudie Erhebungen an Rauschmittelkonsumenten vorzunehmen. Dabei wurde davon ausgegangen, daß es möglich sei, durch unmittelbare Befragung von Konsumenten wichtigste Aufschlüsse über die Art der genommenen Drogen, deren Dosierungen, die Häufigkeit der Einnahmen, die Wirkungen, und darüber hinaus über die sozialen Daten der Befragten zu erhalten. Das Team entschloß sich, die Daten mit einem gemeinsam erarbeiteten, standardisierten Fragebogen zu erheben. In dieser Studie wird besonders auf die Haschisch-Konsumenten und die mit dem Haschisch-Konsum zusammenhängenden Fragen näher eingegangen.

## II. L I T E R A T U R Ü B E R S I C H T

Eine im Jahre 1970 veröffentlichte Bibliographie der "Addiction and Research Foundation", eine Einrichtung des Staates Ontario, Kanada, enthält 1700 Arbeiten über Cannabis. In den letzten Jahren ist die Zahl von Veröffentlichungen rasch angestiegen. Aus der umfangreichen Literatur über Cannabis werden nachfolgend einige Ergebnisse referiert. Das Schrifttum zu diesem Thema läßt sich wie folgt gliedern:

- Fragebogenerhebungen bei Rauschmittelkonsumenten, beziehungsweise bei Bevölkerungsstichproben
- allgemeine Beschreibungen des Cannabiskonsumenten und der mit seinem Rauschmittelkonsum zusammenhängenden menschlichen Probleme in Essays, Romanen und Studien
- klinische Beobachtungen an Patienten, deren Krankheitszeichen zum mehr oder minder exzessiven Genuß von Cannabis ursächlich in Beziehung gesetzt werden
- Experimente mit freiwilligen Versuchspersonen, mit Tieren und Schilderungen von Selbstversuchen
- Analysen und Synthesemethoden der verschiedenen Cannabis-Inhaltsstoffe, Nachweismethoden der Droge im Körper des Konsumenten
- juristische, kriminologische, soziologische und kulturelle Aspekte der Verbreitung von Cannabis als Rauschmittel
- Ergebnisse staatlicher Untersuchungskommissionen und Resumées internationaler Gremien

Neben einem historischen Rückblick auf den Ausbreitungsweg des Rauschmittels Cannabis, wie er sich in der Literatur darstellt, sollen zur Einführung in dieses komplexe Gebiet einige Fakten zur Botanik und Pharmakologie sowie zu Verarbeitungs- und Einnahmeformen referiert werden. Auch einige wichtige Beiträge über die Cannabis-Effekte, klinische Beobachtungen und Laborexperimente sollen in dieser Literaturübersicht zu einem vorläufigen Überblick verhelfen. Schließlich werden, neben den älteren, auch die neueren Feldstudien zu diesem Thema kurz geschildert.

## 1. Historisches

Der Hanf, Cannabis sativa L., soll seinen Ursprung in Zentralasien haben.

In der indischen Literatur findet man das Wort "bhanga", eine Bezeichnung für die getrockneten Blätter und Blüten des Hanfes, bereits in den Veden (Atharva Veda), die etwa zwischen 2000 und 1400 v.Chr. in der alten Sanskrit-Sprache geschrieben wurden (28).

Auch in der Avesta, einer im sechsten Jahrhundert v.Chr. entstandenen heiligen Schriftensammlung der Perser wird die betäubende Wirkung der Hanfpflanze erwähnt (118).
Der griechische Geschichtsschreiber Herodot berichtet über Hanfgebrauch bei den Skythen, einem iranischen Reitervolk, welches im achten vorschristlichen Jahrhundert am Kaspischen Meer lebte (55).

Auch die Angaben der Assyrer über Haschisch, wo es "Qunubu" oder "Qunabu" genannt wurde, reichen in das achte Jahrhundert v.Chr. zurück (118).
Über Persien breitete sich Cannabis seit dem siebenten Jahrhundert v.Chr. weiter nach Syrien und Ägypten aus.
Die etwa im zehnten Jahrhundert n.Chr. auf arabisch niedergeschriebenen Märchen aus Tausendundeiner Nacht schildern verschiedene Arten des Haschisch-Genusses; im zwölften Jahrhundert äußerte sich der arabische Gelehrte Ibn el Baither über den Cannabinismus.
Hasan ibn Sabbah gründete 1081 die Ismaeliten-Sekte der Assassinen, bei der Cannabis eine Schlüsselrolle spielte.
Im vierzehnten Jahrhundert n.Chr. wird von Emir Soudoun Scheikhouni berichtet, daß er in Djoneinma alle Cannabis-Pflanzen ausreißen, die Pflanzer einkerkern und allen Konsumenten die Zähne ausbrechen ließ (94).
Zwischen dem elften und fünfzehnten Jahrhundert n.Chr. war es bereits in Nordafrika und anderen Teilen des Mittelmeerraumes verbreitet (14).
Die spanischen Kolonisatoren sollen es um 1545 nach Süd- und Mittelamerika gebracht haben (94,119). Mexiko war dann der Ausgang für die seit Beginn dieses Jahrhunderts zunehmende Verbreitung des Marihuana in den Vereinigten Staaten von Nordamerika.

Heute sind Hanfprodukte neben dem Alkohol die auf der Welt am meisten verbreiteten Rauschmittel. Die Zahl der Cannabis-Konsumenten in der Welt wird heute auf 200 Millionen oder höher geschätzt (118).

## 2. Botanik und Pharmakologie

Die wirkstoffhaltigen Teile der Hanfpflanze werden in verschiedenen Verarbeitungsformen konsumiert, deren unterschiedlichste Namen oft zu der Annahme führten, daß es sich um Produkte verschiedener Pflanzenspezies handeln könnte. Die bei uns bekanntesten Bezeichnungen für die hier gebräuchlichen Konsumprodukte der Pflanze sind H a s c h i s c h für das Harz und M a r i h u a n a für die getrockneten Blüten und Blätter der weiblichen Pflanze.

Der schwedische Botaniker Carl von Linné gab dem Hanf zwar schon 1753 in seiner wegweisenden Pflanzensystematik den Namen Cannabis sativa, doch da erst seit einiger Zeit bekannt ist, daß sich die Merkmale der Pflanze mit dem Anbaugebiet ändern, glaubten viele Naturforscher (z.B. Jean-Baptiste de Lamarck), wegen des unterschiedlichen Drogen- und Fasergehaltes in warmen und kalten Anbaugebieten, daß es sich um unterschiedliche Hanfspezies handeln müsse. Heute gilt als erwiesen, daß es sich nur um verschiedene Varietäten derselben Spezies handelt, wenn im warmen Klima viele harzgefüllte Drüsenhärchen, jedoch nur minderwertige Fasern ausgebildet werden, während es sich in kälteren Regionen eher umgekehrt verhält. So spricht man zwar heute immer noch häufig von Cannabis indica, der korrekte botanische Name ist jedoch Cannabis sativa L. var. indica oder var. americana.

Die einjährige krautige Pflanze kann eine Höhe von mehreren Metern erreichen (113).

Der Hanf gehört zusammen mit dem Hopfen zur Klasse Dicotyledoneae, Reihe Urticales und Familie Moraceae. Die Blätter der Pflanze sind meist fünf- bis siebenzählig gefingert, gestielt, die obersten dreizählig oder ungeteilt, sitzend, die Abschnitte lanzettich, gesägt. Die Behaarung besteht aus zwei Haarformen, erstens ein-

zelligen, starkwandigen, spitzen Haaren mit einem traubigen, die basale Erweiterung des Haares erfüllenden Zystolithen, zweitens Drüsenhaaren, meist vom Typus der Labiatendrüsenschuppen, mit niedriger Stielzelle, achtzelligem Köpfchen und durch das Sekret blasig abgehobener Kutikula. Die Zahl der Sezernierungszellen schwankt, der Stiel ist manchmal mehrzellig, manchmal fehlt er (49).

Das Tetrahydrocannabinol (THC) und dessen isomere Formen oder Homologe können als die wirksamen Prinzipien von Cannabis angesehen werden. Bis zum Beginn dieses Jahrhunderts wußte man über die chemischen Substanzen im Haschisch so gut wie nichts, lediglich das Harz der Pflanze konnte bis dahin isoliert werden. Erst WOOD, CAHN, ADAMS, TODD und BAKER(124) lieferten Vorstellungen von den Strukturen von Cannabinol und Cannabidiol, die 1940 durch die Synthese von Cannabinol durch ADAMS et al. bewiesen wurden.

MECHOULAM und GAONI(103) gelang 1965 die Synthese von dl-Cannabidiol und (±)THC in racemischer Form, PETRZILKA und Mitarbeitern (111)gelang die Darstellung 1966 in optisch reiner Form.

Deutliche pharmakologische Wirkungen wiesen die Tetrahydrocannabinole, Cannabinol, Cannabidiol und die Cannabidiolsäure auf (124), jedoch haben nicht alle diese Substanzen beim Menschen auch psychotrope Wirkungen. LOEWE (97) fand bei Veränderungen des THC-Moleküls eine Abnahme der Ataxiewirkung beim Hund. Die Wirkungen der 1959 isolierten Cannabidiolsäure bei weißen Mäusen waren sedative Wirksamkeit mit dem Natriumsalz des Diacetats, die reine Säure zeigte toxische Nebenerscheinungen wie Bewegungsstörungen, Erregungszustände, Schlaf und bei fünffacher Dosis Krämpfe und Tod durch Atemlähmung. Die Säure war wie alle Verbindungen dieser Stoffklasse lokal anästhesierend. Cannabis enthält außerdem ein leicht antibiotisch wirksames Prinzip und ein analgetisches Prinzip (32).

Cannabis wird bei uns ganz überwiegend geraucht, wobei zum Erzielen eines sogenannten "social high" zwischen 2 und 15 mg THC aufgenommen werden müssen. Folgende Abhängigkeit der Wirkung von der

Dosierung konnten ISBELL und seine Mitarbeiter aufstellen (68,69): 2 mg=Schwellendosis; 7 mg = "social high" mit geringen Veränderungen der Sensorik und des Zeitempfindens; 15 mg = sensorische Störungen (Verkennungen und Halluzinationen); 20 mg = Dysphorie, Übelkeit, Erbrechen, Schwindel, Angst.
Cannabiserfahrene erzielen leichter einen Rausch als Unerfahrene(146), sie benötigen dafür auch geringere Dosen. Als Ursache dieser "umgekehrten Toleranz" werden zur Zeit einige Theorien diskutiert, wie z. B. Kumulations- und Mobilisierungseffekte oder Enzyminduktionen. Diese erhöhte Ansprechbarkeit auf THC soll jedoch bei längerem excessivem Konsum wieder nachlassen (130).
Die in der Literatur zu findenden Beurteilungen der Wirkungszustände beziehen sich je nach Autor auf die Rauschwirkung oder die Toxizität. Beide laufen aber nicht parallel.
Die $LD_{50}$ für THC liegt je nach Tierart zwischen 800 und 1400 mg/kg bei peroraler Applikation, bei intravenöser Verabreichung jedoch nur zwischen 20 und 40 mg THC pro kg Körpergewicht (114,96). Das heißt,bei Haschisch mit einem Gehalt von 2 % THC muß den Tieren oral zwischen 40 und 70 g und intravenös 1 bis 2 g pro kg davon gegeben werden.
GRINSPOON (51) fand die letale Dosis bei Katzen bei oraler Applikation für "Bhang" um 10 g/kg, für "Ganja" um 8 g/kg und für "Charas" um 3 g/kg, was dafür spricht, daß neben dem THC im Cannabis noch andere toxische Prinzipien vorhanden sein müssen.
Die Tiere gehen an Atemlähmung zugrunde, man findet hämorrhagische Lungenödeme und bei oraler Gabe auch Darmblutungen und Diarrhoe.

Die teratogene Wirksamkeit von Cannabis untersuchten BORGEN und Mitarbeiter (17) bei Ratten: sie fanden keine Mißbildungen im Dosierungsbereich von 0,01 bis 200 mg THC pro kg Tier, jedoch verlängerte sich die Tragzeit ab 25 mg THC pro kg um 1 bis 2 Tage und die herabgesetzte Laktation der Ratten führte zu einer

erhöhten Sterblichkeit der Jungen. GEBER und Mitarbeiter (46) dagegen fanden Keimschäden bei Hamstern und Kaninchen nach Applikation von 100 bis 500 mg eines Extraktes aus Marihuana pro kg Tier.
Auch wurden Veränderungen des EEG durch THC beobachtet (10): Katzen wurde 25 Tage lang 2 mg THC/kg/die gegeben. Bis zu drei Tagen nach Absetzen waren Verlangsamungen der Frequenz im EEG feststellbar. Bei Gaben von 16 mg THC pro Tag traten die Frequenzverlangsamungen schon nach 10 bis 12 Tagen auf und hielten nach einer 23tägigen Applikation noch für weitere 22 Tage an.
Das Verhalten von Ratten und Mäusen bei einfachen Lerntests ist nicht auffällig verändert. Durch Isolation aggressiv gemachte Mäuse zeigten ein vermindertes Aggressionsverhalten (27). Auch verminderte Mobilität und Schwierigkeiten bei der Durchführung komplexer Aufgaben wurden bei Affen nach THC-Gaben beobachtet (126).
THC bewirkt in hohen Dosen eine Atemdepression und eine etwa 24 Stunden anhaltende Verminderung der Körpertemperatur (64), auch ein leichter Blutdruckabfall wurde beschrieben (44).
Es muß jedoch betont werden, daß Tierexperimente nur bedingt auf die Wirkungsprinzipien beim Menschen übertragbar sind.

THC-Gaben von 10 bis 500 mg pro kg verursachen im Gehirn von Mäusen einen Anstieg von Serotonin (64). Der Noradrenalingehalt war nach Gabe von 5 bis 10 mg THC pro kg bis zu 24 Stunden vermindert, nach 200 bis 500 mg THC pro kg jedoch erhöht. Auch der DNS-Gehalt im Rattengehirn war nach der Applikation von 10 bis 100 mg eines Cannabis-Extraktes pro kg um 12 bis 82 % erhöht (27).
GARRIOTT und Mitarbeiter (43) machten 1967 eine bemerkenswerte Feststellung: bei Mäusen wurde durch THC sowohl der durch Hexobarbital oder Barbital induzierte Schlaf verlängert als auch die Wirkung von Amphetaminen potenziert.

Der pharmakologische Wirkungstyp von THC ist bis heute nicht eindeutig festgelegt, er wechselt offenbar mit der Dosierung. HOLLISTER (63) und MANNO (99) fanden im Dosisbereich von 5 bis 37 mg THC eher Ähnlichkeiten mit dem Alkohol (euphorisierend, sedierend); in höheren Dosen entspricht es mehr den Halluzinogenen (LSD, Mescalin). Dennoch gibt es auch zum Alkohol und LSD viele Unterschiede (fehlende Kreuztoleranz und Stress-Symptome; verschiedene sensorische und psychische Wirkungen etc.).

Erschöpfende Erkenntnisse über die Pharmakokinetik und die Pharmakodynamik aller Cannabis-Inhaltsstoffe liegen noch nicht vor. Große Beachtung fand die Untersuchung von LEMBERGER und Mitarbeitern (89), die 1970 den Metabolismus durch radioaktive Markierung eines Kohlenstoffatoms beobachteten. Die daraufhin in der Öffentlichkeit entstandene Vorstellung, "Haschisch" verbliebe über eine Woche lang im Körper, ist jedoch nicht in dieser Form zu stützen, da es sich bei den nachgewiesenen radioaktiven Bestandteilen nicht um das aktive Molekül, sondern um Metaboliten handelte.
LEMBERGER fand bei 3 THC-unerfahrenen Probanden nach der Gabe von 0,6 mg markiertem THC eine Halbwertzeit von 30 Minuten. Ist der anfängliche Blutspiegel auf 20 bis 30 % gesunken, dann weist die Kurve einen Knick auf und die Halbwertzeit steigt auf 50 bis 60 Stunden. Dies ist offenbar eine Folge der Verteilung des THC zwischen dem Blut und dem Gewebe. 50 % der Radioaktivität wurden in den ersten zwei Tagen ausgeschieden, in acht Tagen waren es 85 % (30 % im Urin, 55 % im Stuhl).
Ausgeschieden wurden nahezu ausschließlich Metabolismen des THC, deren Blutspiegel in der ersten Stunde nach Applikation bereits höher war als der des THC. Als eines der Metaboliten stellte sich das 11-hydroxy-THC heraus, das etwa 20 % der Radioaktivität ausmachte.

Viele Fragen zur Pharmakologie von Cannabis sind bisher noch ungeklärt, insbesondere die der Umverteilung der Wirkstoffe in den verschiedenen Körpergeweben und der Toleranzbildung. Eine umfassende Übersicht über die bisher vorliegenden Untersuchungen gibt die amerikanische Studie "Marihuana and Health"(100) aus dem Jahre 1971.

3. Verarbeitungs- und Einnahmeformen

Berichte über Verarbeitungs- und Einnahmeformen von Cannabis findet man in der Literatur in großer Zahl. In verschiedenen Ländern wird Cannabis auf recht unterschiedliche Weise benutzt. Der Wirkstoff des Hanfes kann auf drei Wegen in die Blutbahn gelangen: beim Rauchen über die Lunge, bei peroraler Zufuhr über den Magen-Darm-Trakt und unmittelbar in die Blutbahn bei Injektionen. Die letzte Applikationsform ist von HENDERSON und PUGSLEY (58), ferner von KING und COWEN (81) beschrieben worden als kasuistische Mitteilungen über insgesamt drei Beobachtungen. Alle drei Patienten waren mit lebensbedrohlichen Symptomen in Kliniken eingeliefert worden.

Die häufigste Einnahmetechnik von Hanfprodukten ist das Rauchen. Doch auch das Essen und Trinken des Rauschmittels ist in nahezu allen Verbreitungsgebieten gebräuchlich. Während es auch in Deutschland inzwischen eine Reihe von "Rezeptbüchern" (13,54,109) für die Zubereitung von Speisen und Getränken mit Cannabis gibt, und vor allem Nichtraucher immer häufiger zu Haschisch-Plätzchen, -Kuchen, -Bonbons und -Tees greifen, haben Indien, Nordafrika und Mexiko bereits eine alte Tradition in diesen Zubereitungsarten.

Zur Gewinnung des Harzes wird in Indien so vorgegangen, daß die gesammelten Stengel von getrocknetem Hanf über wollene Decken gestreift werden. Die harzige Masse, die an der Decke kleben bleibt, wird abgestrichen. Schließlich wird die Decke in Wasser abgewaschen, die Flüssigkeit kann als Trink-Haschisch genossen werden. In Indien sind hauptsächlich drei Verarbeitungsformen bekannt (90):

"B h a n g besteht aus den getrockneten, gereiften Blättern, den blühenden Stengeln männlicher und weiblicher wilder oder kultivierter Pflanzen. Die männlichen Blüten enthalten fast kein Haschisch, wohl aber die Blätter, wenn auch in relativ geringen Mengen, verglichen mit dem Konzentrat der weiblichen Blüten. Die narkotische Wirkung entsteht erst in voller Blüte und nimmt dann rasch ab. Die Haupternte fällt in den Hochsommer.

G a n j a besteht aus den getrockneten blühenden Spitzen der weiblichen Pflanze. Haschisch findet sich in den Drüsenhaaren der Blüten. Die Farbe der Droge ist rostig-grün. Die Masse hat einen starken, spezifischen Geruch, den Eingeweihte sofort zu erkennen wissen, wenn nur ein habitué in ihre Nähe tritt. Die großen Blätter werden abgeschnitten. Die Stengel

> mit Blüten werden in einem Ring so auf die Erde gelegt, daß die Blüten nach innen schauen. Sie bleiben die Nacht über liegen, so daß der Tau darauf fallen kann. Am Morgen knetet man diese Blütenstände mit den Füßen, damit das harzige Material austritt. Diese Arbeit dauert meist einen Tag. Die Masse wird dann zu kleinen Kugeln oder Stangen geformt.
> C h a r a s ist das reine Harz, das durch Auskochen erhalten wird, eine grüne Masse, die mit der Zeit gelbbraun wird und dann kaum mehr wirksam ist."

GUIL (54) gibt folgendes traditionelles indisches Rezept für Bhang an:

> "Mahle etwas Gras sehr fein mit einem Mörser und Stössel. Nach und nach Wasser hinzufügen, bis es eine glatt fließende grüne, flüssige Paste ergibt. Durch ein Tuch sieben. Die Flüssigkeit mit Milch und Zucker mischen und trinken. Kann auch mit schwarzem Pfeffer, Nelken, Muskat, Melonen- oder Gurkensaft gemischt werden."

H a s c h i s c h ist das Harz aus den Drüsenhaaren von Cannabis sativa, welches entweder in reiner Form, oder mit Pflanzenresten vermischt zu flachen Platten gepreßt wird. Es ist die traditionelle Verarbeitungsform des Vorderen Orients, wo es meist in Wasserpfeifen oder langen Holzpfeifen geraucht wird.
K i f , eine Art fein gemahlenes Hanfpulver, ist weniger stark als Haschisch und im westlichen Nordafrika gebräuchlich.
M a r i h u a n a , die verbreitetste Verarbeitungsform Amerikas, nennt man die nur gering zerkleinerten getrockneten Blüten, Blätter und Stengel der weiblichen Pflanze. Haschisch und Marihuana werden in kleinen Ton- oder Glaspfeifen entweder pur, oder in größeren Pfeifen mit Tabak vermischt, geraucht. Auch Wasserpfeifen, Chillums, Sulfis etc. sind gebräuchlich (s.u.).
Die Cannabis-Zigarette, J o i n t genannt, wird aus einem oder mehreren Blättern Zigarettenpapier gerollt, mit reinem Marihuana, oder indem Haschisch oder Marihuana in einem bestimmten Verhältnis, je nach der gewünschten Stärke etwa 1:1 bis 1:10 mit Tabak gemischt wird. Joints haben meist selbstgerollte Papiermundstücke und werden bevorzugt mit einer besonderen Rauchtechnik geraucht, bei der durch die Finger der hohlen Hand viel Nebenluft mit eingesaugt werden kann. Diese Luft kühlt den Rauch und gestattet so ein tieferes Inhalieren.

Einer der im Rahmen der Feldstudie befragten Cannabis-Konsumenten schilderte die Herstellung und das Rauchen eines Joints wie folgt:

> "Dreiblatt-Joint: 1 bis 3 Gramm Haschisch für zwei bis vier Personen. Tabak von zwei Zigaretten, fünf Blatt Zigarettenpapier, ein Stückchen Pappe.
> Das Zigarettenpapier zusammenkleben, zwei längs aneinander, das dritte quer darüber. Tabak mit Shit vermischen und wie eine normale Zigarette drehen. Pappe zum Filter rollen und in den Joint am Querblatt einstecken. Mit zwei weiteren Blättern festkleben, etwas befeuchten (anlecken). Den Tabak mit einem Streichholz feststopfen und das obere Ende dann zu einer Spitze zusammendrehen. Den zusammengedrehten Rand so eindrücken, daß eine scharfe Kante entsteht.
> Vor dem Rauchen wird dieser scharfe Rand so angesengt, daß die Spitze herausgezogen werden kann. Den Joint gleichmäßig anbrennen. Sollte eine Seite schneller brennen, mit Spucke anfeuchten. Beim Rauchen wird der Joint zwischen Zeige- und Mittelfinger der rechten Hand geklemmt. Diese Hand zur Faust ballen und die Linke so um die Faust legen, daß sie verhältnismäßig dicht abgeschlossen wird. Faust so an die Lippen pressen, daß diese die Öffnung zwischen Zeigefinger und Daumen abdichten. Nun wird der Rauch nur mit dem Mund gleich tief in die Lungen gesogen. Am Joint langsam und gleichmäßig kräftig ziehen, damit der Shit völlig abbrennen kann. Regel: Rauch direkt in die Lunge ziehen, nicht erst in den Mund; Rauch so lange wie möglich in der Lunge behalten; Asche so lange es geht nicht abmachen."

Eine umfangreiche und genaue Beschreibung von Verarbeitungs- und Einnahmeformen von Cannabis veröffentlichte in den Jahren 1950/51 BOUQUET (18). Im deutschen Schrifttum sei besonders auf die Arbeiten von STRIGARIS(135) und REININGER(118)hingewiesen.

## 4. Cannabis-Effekte

Neben der Nutzbarkeit zur Herstellung von Textilien und Seilen war es vor allem die berauschende Wirkung, die zu der zunehmenden Verbreitung der Hanfpflanze führte. Ihre pharmakologischen Eigenschaften wurden schon seit langem in der Volksmedizin genutzt und fanden Eingang in viele alte Arzneibücher (33).
In einer Arzneimittellehre, die der griechische Arzt PEDANIOS DIOSKURIDES im ersten Jahrhundert nach Christus verfaßte, wird der Hanfdroge eine dämpfende Wirkung auf die Sexualität zugeschrie-

ben, CALENUS dagegen (2 Jh. n. Chr.) glaubte an aphrodisische Eigenschaften von Cannabis (33). Auch in der folgenden Zeit waren die Schilderungen der Cannabis-Effekte gegensätzlich und vielgestaltig. Eine mögliche Erklärung dafür mag in der Tatsache zu suchen sein, daß es sich bei Rauscherlebnissen um subjektive und durch eine Vielzahl individueller Gegebenheiten beeinflußte Erfahrungen handelt. Bereits BAUDELAIRE (11) war der Meinung, daß man im Haschischrausch "nichts anderes als gesteigerte eigene Natur" findet. Dieser "Drogen-Dichter" gehörte dem von GAUTIER gegen Mitte des vorigen Jahrhunderts in Paris gegründeten "Club des Hachachins" an, zu dem auch der Psychiater MOREAU DE TOURS zählte. MOREAU war wohl der erste Europäer, der vor allem die psychischen Effekte von Haschisch genauer wissenschaftlich untersuchte und beschrieb(106). In seiner 1845 veröffentlichten Monographie weist er bereits auf folgende Symptome des Haschischrausches hin: allgemeines Wohlbehagen, erhöhte Empfänglichkeit für Musik und Geräusche, Sinnestäuschungen von Raum und Zeit (meist Vergrößerungen der Dimensionen), Steigerungen der Empfindungen, unwiderstehliche Willensimpulse, Halluzinationen und paranoide Ideen.

Die Zahl der in der Literatur zu findenden Versuche, die Cannabis-Wirkungen in ein übersichtliches Schema zu gliedern, ist sehr groß. Eine allen Gesichtspunkten gerecht werdende Einteilung gibt es jedoch noch nicht. Da der Begriff und das Wesen des Rausches, seiner Wirkungen und Auswirkungen im Blickfeld vieler Forschungsansätze stehen, wird eine ganzheitliche Darstellung der Haschisch-Effekte wohl noch einige Zeit auf sich warten lassen.

### 4.1. Somatische Cannabis-Effekte

MARX(101) war einer der ersten deutschen Wissenschaftler, der die körperlichen Effekte von Cannabis beim Menschen untersuchte. Er fand nach der intravenösen Gabe von 0,1 g Cannabinolöl einen Anstieg der Herzschlagfrequenz bis zu 160 Schlägen pro Minute. Eine Beschleunigung der Pulsfrequenz wurde auch von WEIL(146), ISBELL (68), WASKOW(145) und anderen Autoren (45) beobachtet. Der Anstieg der Frequenz beträgt im Durchschnitt 20 bis 30 Schläge pro Minute.

Gegensätzlich sind die Mitteilungen über die Wirkungen von Cannabis auf den Blutdruck. Während einige Beobachtungen auf eine Herabsetzung des Blutdrucks schließen lassen (45,58,68, 51,81,145), werden andererseits auch Erhöhungen desselben beschrieben(102). Ähnlich verhält es sich mit den Berichten über Änderungen der Körpertemperatur. MARX(101) beschrieb ein sogenanntes "febriles Syndrom" mit einem geringen Anstieg der Körpertemperatur, GARY und KEYLON (45) konnten bei intravenöser Zufuhr sogar ein Fieber von 39,1 Grad Celsius messen. WASKOW et al.(145) dagegen konnten eine leichte Erniedrigung der Körpertemperatur messen. Die meisten Forscher fanden jedoch keinerlei Cannabis-Effekte auf die Körperwärme (68,69 ).
ISBELL (68) und WEIL(146) konnten keine signifikanten Erhöhungen der Atemfrequenz nach der Gabe von THC bzw. Marihuana beobachten. GARY und KEYLON (45) beschrieben einen Fall einer Atemfrequenzerhöhung nach einer mutmaßlichen intravenösen Zufuhr eines Cannabis-Extraktes.
Eine Rötung der Augen durch konjunktivale Injektion konnte von den meisten Untersuchern festgestellt werden, da es sich dabei offenbar um einen generellen Effekt von Haschisch handelt (68, 146,99,101,145). Eine Änderung der Pupillenweite, bei LSD- und Opiatkonsumenten ein relativ sicheres Kriterium zur Feststellung einer Drogeneinnahme, ist nach dem Konsum von Cannabis entweder nicht zu beobachten, oder die Änderung ist so diskret, daß sie mit einfachen Methoden nicht festzustellen ist (68,146). Erst bei sehr hohen Dosen scheint der Effekt etwas ausgeprägter zu sein (102).
Über Trockenheit des Mundes, des Rachens und der Kehle(101,102) beim Cannabis-Konsum wird berichtet, ebenso über Bronchitiden bei starken Cannabis-Rauchern(141).
Die Nierenfunktion scheint durch Cannabis nicht beeinflußt zu werden(100), obwohl über erhöhten Harndrang berichtet wurde(102). Zwei Mitteilungen über drei Fälle, bei denen allerdings nicht sicher war, ob die Patienten sich tatsächlich Marihuana-Extrakt injiziert hatten, schildern das Auftreten von akuten aber rever-

siblen Nierenversagen (81,45). MARX (101) stellte nach intravenöser Gabe von 0,1 g Cannabinolöl dagegen eine Diurese fest, die Ausscheidung von Harnsäure und Kochsalz war erhöht. Auch über während des Rausches auftretenden Durst wurde berichtet (45).

Der während des Cannabis-Rausches häufig beobachtete Heißhunger (101, 102) wird zwar immer wieder als eine Folge einer möglichen Senkung des Blutzuckerspiegels angesehen, jedoch ist diese These fraglich, da der Blutzuckerspiegel bei einigen Untersuchungen unverändert (68, 146), bei anderen dagegen entweder erhöht (99, 102) oder erniedrigt war (101). ALLENTUCK (102) konnte im Blut von Gewohnheitskonsumenten und Versuchspersonen keine Veränderungen in der Zellenzahl, dem Hämoglobinwert oder in den Harnstickstoff-, den Kalzium- und den Phosphorwerten feststellen; MARX (101) dagegen fand eine Erhöhung von Kalzium und Phosphorsäure, eine Leukozytose bis zu 15 000 Zellen pro Kubikmillimeter Blut, sowie eine Erniedrigung der Milchsäure. Außerdem gibt er eine "Bluteindickung" an, die die angegebene Leukozytose allerdings in einem anderen Licht erscheinen läßt. Andere Autoren beschrieben Leukopenien und Thrombozytopenien (81), Erhöhungen des Hämatokrits (58) und des Serumbilirubins(79). Während KEW und seine Mitarbeiter (79) aufgrund eigener Beobachtungen Leberschäden durch Marihuana zumindest nicht ausschließen wollen, konnte ALLENTUCK (102) bei Bromsulfalein-Tests mit gewohnheitsmäßigen Marihuanarauchern keine pathologischen Befeunde erheben.

Übelkeit, Erbrechen (58, 81), Durchfälle (58, 81), Schweißausbrüche (58), kalte und feuchte Glieder (101, 45), vasomotorische Rötungen des Gesichts (101), Blässe (58), Zittern (45, 81, 58), generalisierte Muskelschmerzen (45, 58), diffuse Schmerzen (81) wurden in erster Linie von Ärzten in Kliniken beobachtet, wo die Patienten im akuten Drogennotfall eingeliefert wurden und dort selbst angaben, "nur" Marihuana konsumiert zu haben. Die Möglichkeit, daß es sich in Wahrheit um Opiatsüchtige mit Entzugssymptomen gehandelt haben könnte, war daher nicht auszuschließen. Übelkeit und Erbrechen wurden jedoch auch unter experimentellen Bedingungen beobachtet (102)

4.2. Neurologische und Psychiatrische Beobachtungen

MELGES et al.(104) untersuchten die Wirkungen von THC mit Hilfe mathematischer Leistungstests. Diese waren so angelegt, daß Funktionen des Kurzzeit- und Langzeitgedächtnisses unter steigenden Dosen beobachtet werden konnten. Sie fanden, daß 1. hohe orale Dosen THC bei gesunden Probanden Störungen des Zeitempfindens bewirken, 2. daß das Phänomen teilweise vom gestörten Kurzzeitgedächtnis abhängt und 3. daß die gestörte Zeitempfindung vergesellschaftet ist mit gestörter Sprache und gestörtem Denken. Störungen des Langzeitgedächtnisses konnten nicht beobachtet werden.

WEIL und ZINBERG(147) untersuchten 1969 die Wirkung von Marihuana auf die Sprache. Sie fanden signifikante Veränderungen der Sprache nach dem Rauchen von Marihuana. Die Autoren sind der Meinung, daß die gefundenen Sprachstörungen im wesentlichen auf zwei Ursachen zurückzuführen sind: 1. einfaches Vergessen dessen, was man gerade als nächstes sagen wollte und 2. die starke Tendenz, auf Nebenaspekte abzuweichen weil der Denkfaden verloren wurde. Es wurde jedoch auch eine größere Assoziationsqualität des Gesprochenen festgestellt. Es wird angenommen, daß Marihuana die Aufnahme von Informationen im Kurzzeitgedächtnisspeicher des Gehirns stört.

WEIL, ZINBERG und NELSON(146) untersuchten die Wirkung von Marihuana auf 9 "naive" und 8 "erfahrene" Männer in Doppelblindversuchen.

Die psychologische Testbatterie ergab 1. keine Wirkung auf die Leistung im kontinuierlichen Handlungs-Test (CPT), 2. beim Zahlen-Symbol-Test (DSST) eine signifikante Leistungsverminderung bei den "unerfahrenen" Versuchspersonen 15 und 90 min. nach dem Rauchen, jedoch eine Verbesserung der Leistungen bei den gewöhnten Rauchern, auch nach einer starken Dosis; ein ähnliches Ergebnis ergab sich am Pursuitmeter, 3. bei der Zeitschätzung wurde eine höhere Schätzung der tatsächlich verstrichenen Zeit beobachtet, 4. in der neutralen Laboratoriumsumgebung wurden die Marihuana-Gewohnheitsraucher subjektiv "high", die Personen ohne Vorerfahrung jedoch nicht.

BERINGER (15) unterscheidet drei Formen gestörten Denkens im Haschischrausch; sein Material stammt aus 30 Selbstversuchen an Gesunden, denen 0,1 g Cannabinol i.v. gegeben wurde: 1. Teilinhalte können nicht mehr miteinander in Beziehung gebracht werden, das Gesamte zerfällt in Teilstrukturen, der Einzelteil weist nicht mehr über sich hinaus, 2. hierbei ist die mnestische Speicherungsfähigkeit gestört. Etwas Vernommenes oder Erfaßtes blaßt nach wenigen Sekunden restlos ab, die Gegenwart kommt nicht mehr kontinuierlich aus der Vergangenheit, 3. gestörter Denkablauf, Gedankenabreißen, der Faden geht mit dem Material verloren. Manchmal wechselt dabei die Stimmungslage jäh. Hierbei treten auch absenceähnliche Zustände auf, die wie ein zweites Bewußtsein mit starker Zeitdehnung erlebt werden.
Weiter beschreibt BERINGER eine abnorme bildhafte Repräsentation von Vorstellungen, die mit ungewöhnlicher Eindringlichkeit und in bildhafter Konkretisierung das Bewußtsein erfüllen und ein dazu gegenteiliges Phänomen, daß die eindringliche optische Gegenständlichkeit mit einem eigenartigen Denkgehalt durchtränkt erlebt wird, im Sinn unmittelbar damit verknüpfter, nicht selbst erarbeiteter Einsichten oder Endergebnisse. Er sieht darin zweifellose Ähnlichkeiten mit Zuständen des Klarsehens, etwa in der Ekstase oder mit Erlebnissen Schizophrener im akuten Schub.
Diese Beobachtungen BERINGERS korrespondieren mit den EEG-Befunden einiger Forscher, die während des Rausches im EEG eine Alpha-Aktivierung ähnlich wie bei Versenkungs- und Meditationszuständen gefunden hatten (92). Solche langsamen Alpha-Rhythmen entsprechen allerdings dem üblichen EEG-Befund bei Schläfrigkeit und Müdigkeit. Neuere Untersuchungen ergaben keine Änderungen des Ruhe-EEG bei Dosen bis zu 52,5 mg THC oral (100).
Obwohl EEG-Veränderungen (72,102,123) während des Rausches auftreten, wie bei psychotropen Substanzen nicht anders zu erwarten, gibt es bisher noch keine Befunde eventueller Dauerschäden des ZNS.

HOLLISTER et al. (63) beschrieben eine geringgradige Verminderung der groben Muskelkraft, AMES (4) konnte bei einigen seiner Patienten einen feinschlägigen Hände- und Fingertremor beobachten.
Die Tatsache, daß noch keine neurologischen Schäden nachgewiesen werden konnten, schließt jedoch nicht aus, daß insbesondere durch chronischen, exzessiven Cannabis-Konsum Folgen für das periphere oder zentrale Nervensystem entstehen. Durch größere und gezieltere Untersuchungen mit Hilfe von ausgereifteren Untersuchungsmethoden wird es in Zukunft leichter sein, die Frage nach eventuellen Schäden des Gehirns durch Haschisch zu beantworten.
VON BAEYER (8) unterscheidet drei Gruppen von Bewegungserscheinungen im "Haschischrausch" (0,1 g Cannabinolöl i.v.), 1. Bewegungen, die den normalen Ausdrucksbewegungen gleichen und die Entäußerung eines gehobenen, exaltierten, ekstatischen oder auch ängstlichen Gesamtzustandes darstellen, die jedenfalls primär durch seelische Vorgänge motiviert und geformt sind, 2. Bewegungen, die aus einer primären Veränderung, einem Impulsüberschuß oder einer Hemmung des motorischen Apparates hervorgehen und erst nachträglich mit Sinn und Ausdruck erfüllt werden (Rückwirken des Motorischen auf das Seelische), wobei Antriebserlebnisse und Anregbarkeit durch äußere, z. B. musikalische Einflüsse ausgelöst werden, und 3. Bewegungserscheinungen, die weder einen Ausdruckscharakter tragen, noch als ich-verbunden erlebt, ja manchmal überhaupt nicht bemerkt werden. Weitere Charakteristica dieser Gruppe sind allgemeine diffuse Unruhe, einschießende Zuckungen einzelner Muskelgruppen, z. B. der Oberschenkelstrecker, der Armbeugen oder der Bauchmuskulatur.
CALDWELL et al. (25) untersuchten die Hör- und Sehschwellen vor und nach dem Rauchen von Marihuana bei 20 marihuana-erfahrenen Studenten. Es wurde keine Änderung der Sehschärfe festgestellt, lediglich bei den Hörprüfungen (Hörschwellentest , Lautheitsunterschiedsschwellentest, Frequenzunterschiedsschwellentest) zeigte sich, daß im zweiten Versuchsdurchgang die Marihuana-Gruppe eine höhere Lautheitsunterschiedsschwelle hatte, als die Kontrollgruppe.

ANGST et al. ( 7) untersuchten die Nachbilddauer mit medes-Spirale und fanden in Doppelblindversuchen mit 350 mcg/kg THC bei 10 Medizinstudenten eine Verkürzung der Nachbilddauer wie bei sedierenden Substanzen, bei der Messung der Flimmerverschmelzungsfrequenz dagegen paradoxerweise eine Steigerung der Verschmelzungsfrequenz wie bei stimulierenden Substanzen.

CRANCER et al. (31) untersuchten die Effekte von Marihuana und Alkohol in einem Fahr-Simulator an 36 Versuchspersonen. Es handelte sich um erfahrene Marihuana-Raucher, die auch Alkoholwirkungen kannten. Die Versuchspersonen begingen nach zwei Marihuana-Zigaretten mit zusammen 1,7 g Marihuana ("normal social marihuana high") signifikant mehr Schätzfehler der Fahrgeschwindigkeit als bei Kontrollversuchen ohne Droge. Dagegen waren bei ihnen keine signifikanten Fehler beim Beschleunigen, Bremsen, Signalgeben, Steuern sowie bei der Höhe der Gesamtfehler zu beobachten. Standen sie jedoch unter 1,0 °/oo Blutalkohol, so machten sie signifikant mehr Fehler beim Beschleunigen, Bremsen, Signalgeben, Geschwindigkeitseinschätzung und mehr Gesamtfehler als bei den Kontrollversuchen ohne Drogen. Getestet wurde jeweils nach einer, zweieinhalb und vier Stunden, ohne daß sich die Ergebnisse wesentlich geändert hätten. Die Autoren zogen daraus den Schluß, daß die Wirkungen von Marihuana auf das Verhalten im Fahrtest unabhängig von der Höhe der genommenen Dosis zu sein scheint.
KALAN (73) hat Einwände gegen die Versuche von CRANCER. Er gibt zu bedenken, daß viele Marihuana-Raucher Vorurteile gegen Alkohol haben und deshalb ausgeschlossen werden mußte, daß die Versuchspersonen, da nur dem Marihuana gegenüber positiv eingestellt, die Fahrversuche unter Alkoholeinfluß absichtlich negativ beeinflussen konnten. Auch wurde nicht angegeben, welche aktuellen Blutalkohol-Konzentrationen bei den einzelnen Versuchen vorgelegen haben und außerdem seien 1,5 °/oo Blutalkohol mehr als ein normaler Rausch, weshalb es nicht statthaft war, diesen Rausch mit dem normalen Marihuana-Rausch ("a normal social marihuana high") zu vergleichen. Außerdem wurden keine exakten Dosis-

wirkungsbeziehungen aufgestellt, obwohl andere Autoren eine Abhängigkeit der Marihuana-Effekte von der aufgenommenen Dosis nachgewiesen haben (ISBELL et al.). Darüber hinaus sei das Fahrverhalten im Simulator nicht ohne weiteres mit tatsächlichem Fahrverhalten im Straßenverkehr zu vergleichen.

Der britische Beratungsausschuß zu Fragen der Drogenabhängigkeit kommt in seinem 1968 herausgegebenen "Cannabis-Report" (26) zu dem Schluß, daß Autofahren unter Cannabis-Einfluß wegen möglicher räumlicher Verzerrungen als gefährlich anzusehen ist. Bestätigt wird diese Einstellung durch Untersuchungen von McGLOTHLIN et al.(150), die bei einer Dosierung von 15 mg THC eine Verminderung der Aufmerksamkeit, der Zuwendungsfähigkeit und der psychischen Refraktionszeit nachweisen konnten, die einer Blutalkoholkonzentration von 0,68 °/oo entsprach.

Die Aufmerksamkeit ist auf einzelne Dinge konzentriert, periphere Geschehen werden dabei kaum wahrgenommen(138). Dies bedeutet für den Berauschten, daß er komplexen Aufgaben, z. B. Maschinen oder Fahrzeuge zu lenken, nicht gewachsen ist und sich selbst und seine Umwelt gefährdet, wenn er am Arbeitsplatz oder im Straßenverkehr zu Cannabis greift.
Eine häufig gestellte Frage ist, ob durch Cannabis Psychosen verursacht werden können. Die Zahl der Schilderungen psychotischer Bilder bei Konsumenten von Cannabis ist groß (14,28,53,74, 75,76,77,107,112,121,127,135,140 ). Die älteren Arbeiten, aber auch viele neuere Untersuchungen genügen leider nicht den heutigen wissenschaftlichen Ansprüchen, da entsprechende Kontrolluntersuchungen von Nichtkonsumenten ausblieben. "Klinische Diagnosen von Geisteskranken lassen meist nicht erkennen, wieweit in der Vorgeschichte eines Cannabis-Mißbrauchers soziale Umstände eine Rolle spielten, die vielleicht seine Erkrankung weit mehr beeinflußten als die Droge. Mangelerscheinungen vielfältigster Art sind gerade in den afrikanischen und asiatischen Ländern, die so viele 'Haschisch-Psychosen' melden, sehr häufig. Hier könnte die Droge vielleicht als letzter auslösender Anstoß dienen, während sie bei wohlgenährten Europäern weit harmloser wirkt" (127).

Eiweiß- und Vitaminmangel gibt es jedoch nicht nur in den afrikanischen und asiatischen Ländern, auch in Deutschland sind bei den drop-outs der Drogenscene häufig massive Ernährungsstörungen festzustellen.
VIERTH(140) beobachtete in Marokko psychomotorische Erregungszustände, maniforme Bilder und Erlebnisse der Ich-Spaltung, in einem Lande, wo "von mindestens 50 % der Bevölkerung Haschisch chronisch geraucht wird" (140).
BENABUD (14) gibt an, daß 1956 68 % der Patienten des marokkanischen neuropsychiatrischen Hospitals von Berrechid Cannabis-Raucher waren, wovon 27 % eine "spezifische Cannabis-Psychose" gehabt hätten. ISCANDER, der jetzige Direktor der Klinik von Berrechid, wurde von BSCHOR und HERHA (22) 1971 im Rahmen einer Studienreise aufgesucht, um dessen Erfahrungen während seiner dortigen zehnjährigen Tätigkeit als Nervenarzt zu erfahren. ISCANDER kennt eine wirklich vom Symptom her eindeutig als Haschisch-Psychose anzusprechende Erkrankung nicht. Statistisches Material werde zwar zusammengestellt, ist jedoch mit gewisser Zurückhaltung aufzunehmen, da die Beschreibung der verschiedenen Krankheitsbilder nach einem vorher erstellten Schema erfolge, welches nach seiner Meinung nicht für die Differenzierung von sogenannten Haschisch-Psychosen und anderen Psychosen geeignet sei. Für die 2000 Patienten der Klinik stehen nur vier Ärzte zur Verfügung, wissenschaftliches Arbeiten sei in dieser Situation ausgeschlossen und Statistiken werden lediglich auf Wunsch der Weltgesundheitsorganisation (WHO) angefertigt. Es sei nach dem bisherigen Kenntnisstand und bei der sehr geringen Möglichkeit, die prämorbide Persönlichkeit nachträglich zu erkunden, äußerst schwierig herauszufinden, welche Ursachen den krankhaften Zuständen zugrunde gelegen haben. Viele Menschen in Nordafrika würden an Vitaminmangel und Unterernährung leiden, es komme hinzu, daß auf dem Lande vorbestehende psychische Auffälligkeiten wegen der wenig differenzierten Arbeits- und Lebensumstände oft gar nicht auffielen. ISCANDER hält es wegen der mangelnden wissenschaftlichen Objektivierbar-

keit nicht für angebracht, von einer originären Haschisch-Psychose zu sprechen. Entsprechende Vorbehalte machte er auch gegenüber dem Bericht von BENABUD (14).
Die bisherigen psychiatrischen Beobachtungen können wie folgt zusammengefaßt werden (93,135):

- Akut-toxische Komplikationen, Panikreaktionen, auch "Horror-Trip" genannt, können als Modellpsychosen im Sinne BERINGERS aufgefaßt werden, ebenso depressive und dysphorische Zustände, Zwangslachen, paranoide Bedeutungserlebnisse, Bewußtseins-, Vorstellungs- und Denkablaufstörungen, maniforme Bilder, Erregungszustände und schizophreniforme Bilder.
- Post-toxische Komplikationen, episodische Verwirrtheitszustände, auch "flash back" oder "Echoeffekt" genannt, sollen nicht nur nach der Einnahme von LSD, Mescalin oder DOM auftreten, sondern auch nach alleinigem Konsum von Haschisch (56, 76). Diese von LEUNER (91) als psychogen-psychotische Spätwirkungen bezeichneten Episoden können mit psychotischen Symptomen, Halluzinationen, Körpersensationen und ähnlichen Erscheinungen einhergehen. Der Spätrausch unterscheidet sich phänotypisch nicht von einer echten Drogenwirkung. War die letzte Drogenerfahrung überwiegend negativ, so kann auch der Echoeffekt ein "Horror"-Erlebnis werden, kommt er unerwartet, entsteht das beängstigende Gefühl, "wahnsinnig" zu werden (56).
- Das psychotische Syndrom, wobei protrahierte Psychosen im Anschluß an eine Cannabis-Einnahme oder an einen Spätrausch, oft jedoch nach einem freien Interwall auftreten. Häufig kommt es dabei zum Verlust der Ich-Kontrolle mit einem exogen-psychotischen Angstsyndrom (56). Weiter werden auch Depersonalisation, Derealisation, depressive Verstimmungen und Größenwahn beobachtet. Große Bedeutung haben auch die Symptome allgemeiner Apathie und des Initiativeverlustes. Diese Zustände von Unmotiviertheit werden als "Amotivationssyndrom" bezeichnet. Ob das "Amotivational Syndrom" überwiegend als eine Folge des Cannabis-Mißbrauchs anzusehen ist

oder ob eher die leistungsverneinende Einstellung der "Undergroundgesellschaften" die Ursache ist, bleibt abzuwarten. Eine Kausalität zwischem dem "Amotivational Syndrom" und der Zufuhr von Cannabis konnte bisher weder bewiesen noch widerlegt werden.

### 4.3. Psychische Effekte

Der Cannabis-Rausch setzt je nach der Konsumart nach wenigen Minuten (geraucht von einem erfahrenen Konsumenten) bis zu einer Stunde (bei enteralem Konsum) nach der Zufuhr ein und hält zwischen einer und vier Stunden an. In dieser Zeit kann ein in Intensität und Qualität breites Spektrum von Effekten auftreten.

Alle Cannabis-Effekte hängen von individuellen und situativen Momenten ab. Mal dominiert die eine Wirkung, mal treten nacheinander verschiedene Phänomene auf. Der erfahrene Konsument kann darauf weitgehend Einfluß nehmen, sich bestimmten Stimuli, z. B. Musik, aussetzen, oder er kann bei kleineren Dosierungen die Rauscheffekte gänzlich unterdrücken (31,146). Persönliche Vorlieben für optische, akustische oder taktile Perzeption spielen dabei ebenso eine Rolle, wie bereits erfolgte oder ausgebliebene Lernprozesse ( 7,128,138).
Zu den vom Cannabis-Konsumenten angestrebten Wirkungen gehört in erster Linie die gehobene Stimmungslage, das sogenannte "high". WASKOW et al.(145) untersuchten die Wirkung von 20 mg THC oral bei 32 Sträflingen in Doppelblindversuchen. Im Gegensatz zu anderen Untersuchungen, die nicht unter Gefängnisbedingungen durchgeführt wurden, traten Glücksgefühle und Euphorie bei den inhaftierten Versuchspersonen kaum auf. Einem Teil der Testpersonen wurde ihre Lieblingsmusik vorgespielt, einem anderen nicht. Es konnte die Beobachtung gemacht werden, daß mit Musik leichter ein Gefühl von Glück, Entspannung, Freude, Freiheit, Wachheit und Selbstkontrolle entstand und signifikant weniger körperliche Mißempfindungen auftraten. Die innere und äußere Situation, "set" und "setting" genannt, trägt wesentlich zum subjektiven Verlauf des Rausches bei (26,75,100,146 ). Cannabis-Unerfahrene haben

meist weniger ausgeprägte subjektive Eindrücke während des Rausches, ihre kognitiven Leistungen in Tests sind jedoch stärker beeinträchtigt, als bei erfahrenen Rauchern (146). Hat noch keine Sensibilisierung für ein bewußtes Wahrnehmen der Cannabis-Effekte stattgefunden, dann merkt der Anfänger bei seinem ersten Konsum überhaupt nichts. Neben set und setting hat auch die aufgenommene Dosis einen starken Einfluß auf Rauscheffekte. ISBELL et al. (68, 69) geben für geraucht es Cannabis folgende Dosis-Wirkungs-Beziehung an: 2 mg Schwellendosis für eine leichte Euphorie, bei 7 mg tritt das sogenannte "social high" mit leichteren Veränderungen des Sensoriums und des Zeitempfindens auf, mit 15 mg kann man bereits Veränderungen des Körpergefühls, sensorische Beeinträchtigungen und Halluzinationen erzielen, bei 20 mg überwiegen unangenehme Effekte wie Übelkeit, Erbrechen, Schwindel und Angst. Geraucht scheint THC dreimal wirksamer zu sein als bei enteraler Zufuhr, die auch wegen der schlechteren Steuerbarkeit häufiger zu psychotischen Reaktionen zu führen scheint. In kleineren Dosen gleicht Cannabis mehr dem Alkohol (euphorisierend), in höheren Dosen mehr dem LSD (halluzinogen) (69). Neben der euphorisierenden Wirkung ist auch eine entspannende und entkrampfende Eigenschaft von Cannabis bekannt ( 7, 82,145), die zu einer Verminderung von Aggressionen führen soll ( 7, 41,138, 82). Visuelle halluzinatorische Erlebnisse lassen sich bei geschlossenen Augen leicht suggerieren oder selbst induzieren ( 7). Insgesamt verschiebt sich die Qualität des Denkens von mehr rational-verbalen Inhalten zu bildhaft-konkreten Vorstellungen (78). Der Berauschte fühlt sich oft in eigentümlicher Weise gleichzeitig hellwach und müde ( 7).

Eine Intensivierung der Sinneseindrücke ist einer der häufigsten Effekte von Cannabis (138). Farben erscheinen intensiver, Konturen schärfer, Gegenstände akzentuierter. Töne erklingen scheinbar eindringlicher, vorher nicht wahrgenommene Klänge werden plötzlich bewußt. Musik wird mit größerem Genuß gehört, der Abstand zwischen der Klangquelle und dem Zuhörer scheint geringer

zu werden. Geschmacks- und Geruchssinn erfahren durch Cannabis eine subjektive Verfeinerung, Speisen und Getränke schmecken dem Berauschten besser als gewöhnlich. Auch der Tastsinn und die Hautsensibilität werden als verstärkt empfunden, Reizungen der Wärme-, Kälte- und Pressorezeptoren führen zu verstärkten Sensationen im Gehirn. Die Wahrnehmung der Körperorgane erhält eine neue, bewußtere Qualität, die verstärkten proprioceptiven Empfindungen führen zu einem erhöhten Körpergefühl, auch "Körpertrip" genannt. Dies hat zur Folge, daß sowohl ein gutes als auch ein schlechtes körperliches Empfinden eine Intensivierung erfahren kann.
Diese neuartigen Umwelterfahrungen können vorhandene kontemplative Tendenzen verstärken, wobei SOLLEY und MURPHY unreflektierte, wahllose, von reflektierten ausgewählten Bewußtseinserlebnissen unterscheiden(138). Sowohl die im Cannabis-Rausch intensivierten Sinnesempfindungen, als auch dabei empfundene Zeitdehnung steigern die Zuwendung des Konsumenten zu Augenblickserlebenissen, wobei das Vergangenheits- und Zukunftsbewußtsein zwangsläufig in den Hintergrund treten muß. Darin scheint hinsichtlich der allmählich vernachlässigten Auseinandersetzung des Dauerkonsumenten mit seinen Alltagspflichten und seiner Lebensplanung die größte Bedeutung dieser Effekte zu liegen. Gedankenflüge und Fantasievorstellungen können während eines Rausches mit offenen, häufiger mit geschlossenen Augen ( 7) auftreten, deren Inhalte weniger sozialen Konditionierungen entstammen(138), vielmehr tieferen "entkonditionierten" Schichten des Bewußtseins zuzuordnen sind. Ein Gefühl der Befreiung und der Freiheit kann Raum greifen (145) das z. B. in ungehemmtem Tanzen(138) oder - in der Anfangsphase des R usches - in einer Entkrampfung partnerschaftlicher und gruppendynamischer Beziehungen zum Ausdruck kommen kann. Gegen Ende des Rausches oder in der Zeit danach kann es zu Müdigkeitserscheinungen kommen(107„136), die in einen tiefen, traumreichen Schlaf einmünden(119). Ein "Kater", etwa wie nach einem Alkoholrausch, tritt danach so gut wie nie auf.

## 5. Erkundungsstudien

Neben der Erforschung der Wirkungen von Cannabis auf den Konsumenten ist vor allem die Kenntnis der Auswirkungen seines Tuns für seine soziale Umwelt von Bedeutung. Großes Interesse der Öffentlichkeit finden daher immer wieder Berichte über die neuesten Erkundungsstudien, die über die Verbreitung von Cannabis und über die soziologischen, psychologischen und medizinischen Merkmale der User Aufschluß geben. Bedingt durch die Vielzahl der verschiedenen methodischen Ansätze solcher Studien und durch die zum Teil erheblichen kulturellen und sozialen Unterschiede ihrer Ursprungsländer sind die Ergebnisse nur mit Einschränkungen vergleichbar. Auch die Validität der Aussagen ist von unterschiedlichem Wert. Dennoch kann bei der Beurteilung der mit Cannabis zusammenhängenden Probleme nicht auf die in anderen Ländern gemachten Erfahrungen verzichtet werden, und auch Erhebungen an kleinen samples können zur Klärung eines Fragenkomplexes beitragen.

### 5.1. Ausländische Studien

Im folgenden sollen die Ergebnisse einiger ausländischer Studien referiert werden, wobei die Auswahl der Arbeiten keinen Anspruch auf Vollständigkeit erhebt. Um einen Eindruck von der Verbreitung und der Verschiedenheit der mit dem Cannabis-Konsum zusammenhängenden Fragen zu vermitteln, sollen aus den vier Kontinenten Asien, Afrika, Amerika und Europa jeweils die Erfahrungen eines Landes dargestellt werden.

#### 5.1.1. Indien

In dem "Indischen Hanfdrogen-Report von 1893/94"(121) wird über die erste Fragebogenuntersuchung berichtet, die zur Klärung der Auswirkungen des Cannabis-Konsums durchgeführt wurde. Der Report war das Ergebnis einer Untersuchung einer von der indischen Regierung ernannten siebenköpfigen Kommission. Mit Hilfe eines Fragebogens wurden 1193 cannabis-erfahrene "Zeugen" befragt. Gestützt auf die dabei gemachten Erfahrungen empfahl die Kommission der Regierung, Cannabis in Indien nicht zu verbieten, sondern

lediglich zu besteuern und zu kontrollieren. Diese Verfahrensweise sei, wie in dem Report weiter festgestellt wurde, dem Grad der Gefährlichkeit der Droge angemessener und ein Verbot würde ein unberechtigter Eingriff in uralte Sitten und Gebräuche des Volkes sein. Der Report lehnt ursächliche Zusammenhänge zwischen nicht exzessivem Cannabisgebrauch und Kriminalität ab und äußert erhebliche Bedenken gegen die Annahme, daß Cannabis Geisteskrankheiten verursache.
CHOPRA und CHOPRA(28) beschreiben 1957 drei Formen des gegenwärtig in Indien üblichen Cannabis-Gebrauchs: 1. den medizinischen und quasi-medizinischen Gebrauch, 2. den Gebrauch aus religiösen und sozialen Sitten und 3. den Gebrauch zum Zweck der Euphorisierung. Vier Gruppen von Konsumenten werden unterschieden: 1. Angehörige der ärmeren Klassen wie Arbeiter, Hausangestellte etc., die Cannabis zur Beseitigung von Erschöpfungszuständen und der Monotonie benutzen, 2. Cannabis-Abhängige, die sich in erster Linie betäuben möchten und deshalb Cannabis in höheren Dosierungen einnehmen, 3. reichere Leute, die Cannabis wie Alkohol zu ihrem Vergnügen und zum Erleben neuer (oft sexueller) Eindrücke benutzen und 4. eine Gruppe religiöser Menschen (Sadhus, Fakire und Priester), die Cannabis zur Verstärkung der meditativen Versenkung gebrauchen.

5.1.2. Ägypten

SOUEIF(132) befragte 1967 mit Hilfe eines 240 Items umfassenden Fragebogens in Ägypten 253 Haschischraucher und verglich sie mit einer Kontrollgruppe von 155 Nichtkonsumenten. Die Befragten rauchten Haschisch durchschnittlich zwischen 8 und 12 Mal pro Monat. 10 % der Kairo-Gruppe (204 Personen) rauchten Cannabis öfter als 50 Mal pro Monat, 10 % seltener als fünfmal pro Monat. 70 % hatten vor dem 20. Lebensjahr mit dem Konsum begonnen, 22 % vor dem 16. und 52 % zwischen dem 16. und 18. Lebensjahr. 98 % berichteten, daß sie Haschisch vornehmlich in Gesellschaft von Freunden rauchten, wobei sie ein Zusammengehörigkeitsgefühl empfinden würden. Die Gesprächsthemen waren dabei Sex, Arbeit,

gesellschaftliche und familiäre Probleme. Bei den Motiven ergab sich folgende Rangfolge: 1. Konformität zu einer Gruppe persönlicher Freunde (89 %), 2. der Wunsch nach einer Euphorie (89 %), 3. Neugier (74 %), 4. der Versuch, wie ein "richtiger Mann" zu erscheinen (65 %) und 5. der Wunsch nach sexueller Anregung (25 %). 70 % der Befragten äußerten den Wunsch, mit dem Konsum aufzuhören, wofür 1. finanzielle Gründe (59 %), 2. gesundheitliche Gründe (44 %) und 3. Angst vor einer Bestrafung (14 %) ausschlaggebend waren. Zwei Gründe waren für eine Wiederaufnahme des Konsums ausschlaggebend: Konformität mit einer Gruppe alter Freunde (40 %) und der Wunsch, sich von persönlichen Problemen abzulenken (15 %).

### 5.1.3. Vereinigte Staaten von Amerika

In den USA wurde im Jahre 1944 der sogenannte "New Yorker La Guardia Report"(102) veröffentlicht. Der Bericht wurde von einer Kommission vorgelegt, die der damalige Bürgermeister von New York, LA GUARDIA, eingesetzt hatte, um die Verbreitung und die Auswirkungen von Marihuana zu prüfen. Die Untersuchung bestand aus einem soziologischen und einem klinischen Teil. Die Autoren kamen unter anderem zu dem Ergebnis, daß 1. keine direkte Beziehung zwischen Marihuana und Gewaltkriminalität bestehe, 2. dessen Gebrauch nicht zur Morphin-, Heroin- oder Kokainsucht führe, 3. Marihuana unter Schulkindern wenig verbreitet sei und 4. die Mehrheit der Marihuana-Raucher Neger und Lateinamerikaner seien. Die Untersuchung wurde von den Autoren als Zwischenbericht verstanden. Die damals gültigen Verbotsgesetze sollten, wie LA GUARDIA im Vorwort dieser Studie schrieb, weiter gelten, bis vollständige Ergebnisse eine Änderung der bestehenden Gesetze rechtfertigen.
MANHEIMER et al.(98) befragten 1967/68 in San Franzisko 1104 Personen über 18 Jahren nach dem Gebrauch psychotroper Drogen. Es ergab sich, daß 1. ein hoher Prozentsatz Erfahrungen mit Marihuana hatten (50 % der Männer und 33 % der Frauen zwischen 18 und 24 Jahren), 2. der Anteil der Marihuana-Erfahrenen bei den Studenten genauso groß ist wie bei den Nichtstudenten und 3. der Marihuana-Gebrauch mit einer unkonventionellen Einstellung ("anti-establishment") und dem Suchen nach einer neuen Ethik korreliert ist. 56 %

der Männer und 63 % der Frauen, die sich religiös als nicht festgelegt bezeichneten, hatten Marihuana-Erfahrungen, ebenso 50 % der Befragten mit einem niedrigen Stoizismus-Traditionalismus-Index. Insgesamt hatten 13 % der Befragten Marihuana konsumiert. (männlich 18 %, weiblich 9 %). Von denjenigen, die täglich eine Schachtel Zigaretten oder mehr rauchten, hatten 51 % der Männer und 42 % der Frauen Marihuana-Erfahrungen. Einen unterdurchschnittlichen Anteil von Marihuana-Konsumenten in der Altersgruppe 18 bis 34 Jahre hatten dagegen 1. Verheiratete mit Kindern, 2. Nichtraucher und Antialkoholiker und 3. außerhalb der USA Geborene.

ZINBERG und WEIL(150) berichteten 1970 über eine Befragung von 62 jungen Amerikanern. Es handelte sich überwiegend um Studenten im Alter zwischen 21 und 27 Jahren. Sie unterschieden dabei 1. marihuana-naive Personen, 2. marihuana-erfahrene Personen und 3. Personen mit chronischem Marihuana-Konsum.
Die ersten beiden Gruppen unterschieden sich nicht in ihrem sozialen Status, in der Erziehung, den finanziellen Verhältnissen, in sexuellen Verhaltensmustern, der politischen Einstellung und der Persönlichkeitsstruktur. Es bestanden bei ihnen keine Anzeichen von Neurosen. Die Personen mit chronischem Marihuana-Konsum dagegen waren auffällig ängstlich und tendierten zu außerordentlich festen Bindungen an ihre weiblichen Partner. Die Autoren kommen daher zu dem Schluß, daß diese Gruppe 1. von vornherein stärker neurotisch war als die mäßigen User und die Nichtkonsumenten, 2. schwächere Persönlichkeiten hatten und deshalb zu stärkerem Gebrauch der Droge neigten und 3. sich durch die Wahl von Marihuana als Selbstbestätigungsmittel zu Außenseitern gemacht haben, was ihre Angst vor der Polizei und anderen Hütern der bestehenden Ordnung prägte. Die exzessiven user hatten zu 50 % LSD und zu 20 % Heroin versucht, 20 % konsumierten neben Cannabis regelmäßig auch andere Drogen.
FREEDMAN und ROCKMORE (41) untersuchten 1946 in der Panama-Kanal-Zone 310 US-Soldaten, 271 Neger und 39 Weiße. Diese Soldaten waren Marihuana-Raucher und hatten Schwierigkeiten, sich in die Armee einzugewöhnen. Die Autoren wollten prüfen, ob zwischen diesen beiden Tatsachen ein Zusammenhang besteht. Sie kamen zu dem Schluß,

daß die Konflikte einerseits in der Persönlichkeitsstruktur selbst und zum anderen in den Schwierigkeiten mit der Umwelt begründet waren. Dabei sei nicht allein der broken-home-Status als ätiologisches Moment anzusehen, vielmehr müßten die interfamiliären Beziehungen genauer geprüft werden. Weiter wird betont, daß auch andere, z. B. psychosomatische, soziale und bildungsmäßige Ursachen eine Rolle spielten und daß es wichtiger sei, die Persönlichkeitsstruktur eines Marihuana rauchenden Menschen zu untersuchen, als sich bei seiner Beurteilung allein auf die Effekte der Droge auf die Persönlichkeit zu beschränken.

BROTMAN et al. (20) befragten 1970 Schüler einer privaten Oberschule in New York und verglichen die 13 Drogenkonsumenten mit 26 Nichtkonsumenten. Dabei ergab sich, daß die Drogenkonsumenten weniger im Familienleben, in der Schule und in kirchlich-religiösen Aktivitäten engagiert waren als die Nichtkonsumenten, jedoch mehr an kulturellen Beschäftigungen und an Fragen der Politik interessiert waren. Diese Ergebnisse wurden durch die Studien von BOGG et al., SUCHMANN und CAREY bestätigt (20).

5.1.4. Schweiz

KIELHOLZ und LADEWIG (80) untersuchten 120 der 550 jugendlichen Haschischraucher, die zwischen 1967 und 1970 in der Schweiz bekannt geworden waren. Die Untersuchten waren ausschließlich Klinikpatienten und polizeilich vorgeführte Konsumenten. 62 % waren männlich, 38 % weiblich. Das Alter lag zwischen 14 und 30 Jahren, mit einem Gipfel um das 22. Lebensjahr. Lehrlinge, Gewerbeschüler und Schüler stellten 42 %, Handwerker 26 %, Angestellte 16 % und Studenten 16 % des Kollektivs. 16 % waren ambivalent gegenüber ihrem Beruf, 8 % übten einen "provisorischen" Beruf aus, 76 % waren "ohne Arbeit" (Schüler, Studenten etc. eingeschlossen). Schizophrenien hatten 6 %, Neurosen 12 %, Entwicklungs- und Pubertätskrisen 56 %. 26 % hatten eine unauffällige Entwicklung. Bei 72 % war die Beziehung zum Vater negativ, weil dieser entweder fehlte oder nicht anerkannt wurde. Bei 68 % hatte

die Mutter eine geborgenheitsspendende Funktion, der jedoch nur 46 % der Mütter gewachsen waren. Bei 52 % ließ sich ein "broken home" nachweisen. Die genommenen Mittel waren 100 % Cannabis (46 % zeitweise regelmäßig), 72 % Ausweichmittel, 68 % Weckamine, 38 % Beruhigungsmittel, 12 % Opiate und 10 % LSD.

HELL, BAUMANN und ANGST (57) interviewten 1971 mit Hilfe von postalisch verschickten Fragebögen 93 männliche (70 %) und 40 weibliche (30 %) Personen. Das Durchschnittsalter betrug 20,8 Jahre, 45 % waren Schüler und Studenten. Die Häufigkeit des Konsums von Cannabis wurde folgendermaßen angegeben: 36 % nahmen es manchmal vier- bis fünfmal täglich, 62 % nahmen es tagelang nicht. In der Woche vor der Befragung hatten 20 % kein Haschisch geraucht, 20 % mehrmals täglich und 34 % ein- bis zweimal pro Woche. Reine Haschischkonsumenten waren nur 13 %, alle anderen hatten auch härtere Stoffe versucht. Exzessiver Cannabiskonsum war mit häufigerer Einnahme von Weckaminen, Halluzinogenen und Opiaten korreliert. Die Analyse der Persönlichkeitsstruktur der Befragten mit Hilfe des Freiburger Persönlichkeitsinventars (FPI) ergab, daß die Persönlichkeit des schweren Drogenkonsumenten stärker von der Normbevölkerung abweicht, als die des leichten Drogenkonsumenten. Beide Gruppen sind weniger impulsiv und nachgiebiger als die Normbevölkerung, bei den schweren Drogenkonsumenten kommen noch vegetative und psychosomatische Beschwerden dazu, auch aggressive und emotional unreife Züge und eine eher weibliche Selbstschilderung.

### 5.2. Deutsche Studien

KIRCHGÄSSER (82) untersuchte und beobachtete 1969 in München 20 junge Haschischraucher im Alter zwischen 18 und 30 Jahren. Ihre Intelligenz lag über dem Durchschnitt der Bevölkerung. Es lagen bei den Untersuchten keine Sucht- oder Abstinenzerscheinungen vor, auch Psychosen oder drogeninduzierte Delikte waren nicht vorhanden. 18 Probanden hatten seit ihrer frühen Jugend Konflikte mit der Familie (meist in "broken homes"), die von

einzelnen nur schwer ertragen werden konnten. Der Autor konstatiert eine durch ambivalente Bindung an den gleichgeschlechtlichen Elternteil bedingte relative Imaturität des Ego und die Ausbildung eines rigiden Superego. 13 Probanden waren politisch (sozialistisch) aktiv und wünschten sich einen Abbau von Repressionen, Aggressionen und Autorität sowie eine ungestörte hedonistische Lebensweise ohne Leistungsdenken und Konsumzwang.
LENNERTZ (87) untersuchte 1970 eine Gruppe von 47 Cannabis-Konsumenten im Alter zwischen 15 und 30 Jahren und verglich die Ergebnisse mit einer Kontrollgruppe von 53 Schülern zwischen 15 und 19 Jahren. 134 Items mit den Skalen Extraversion, Neurotizismus, Rigidität, Dogmatismus, Intoleranz und eine Lügen-Skala wurden geprüft, ebenso Einstellungsfragen und Erlebnisqualitäten.
Die Ansicht, Konsumenten von Haschisch seien psychisch labile Personen, konnte in der Studie nicht bestätigt werden. Es wurde festgestellt, daß Haschisch-Raucher nicht introvertierter oder neurotischer als andere Menschen sind, sich jedoch durch einen hohen Grad von Toleranz auszeichnen. Die Konsumenten waren im Gegensatz zur Kontrollgruppe fähig, das Ideal-Konzept ihres Persönlichkeitsbildes durch eine Verfestigung prinzipieller Grundhaltung, durch eine weitgehend undogmatische, vorurteilsfreie Einstellung und durch selbstkritische Einsicht im intraindividuellen, emotionalen Bereich anzustreben. Haschisch-Rauchen wird daher vom Autor nicht als Hinweis für eine bedenkliche soziale Abkapselung oder gar psychoneurotische Auffälligkeit gehalten.
WETZ (148) befragte 1970 in Köln 42 Drogenhändler (Dealer) in freien Interviews und 406 Schüler allgemeinbildender (40 %) und berufsbildender (60 %) Schulen mit Hilfe eines vollstandardisierten Fragebogens. Das Alter der Schüler lag zwischen 13 und 21 Jahren, wobei die meisten Befragten der Altersklasse von 14 bis 18 Jahren angehörten. 32,5 % der Befragten hatten mindestens einmal Haschisch konsumiert, fast die Hälfte davon hatte auch andere Rauschmittel probiert. Knapp 50 % der Haschisch-Raucher konsumierten Cannabis öfter als einmal pro Woche. Die Mädchen neigten weniger zum Drogenkonsum als die Jungen. Entgegen früheren Annahmen wiesen die Berufsschüler einen etwas häufigeren Konsum auf als die Schüler all-

gemeinbildender Schulen, auch griffen sie eher zu härteren Drogen. WETZ führt diese Tatsache darauf zurück, daß 1. die Berufsschüler auf Grund ihrer Vergütung über mehr Geld verfügten und 2. wegen ihrer beruflichen Situation weniger an das Elternhaus gebunden sind. 23 % der Befragten ohne Rauschmittelerfahrungen waren ziemlich positiv zu Rauschmitteln eingestellt, also gefährdet. Die Befragung der Dealer ergab folgende Motive: Beweggrund für den erstmaligen Konsum war in erster Linie Neugier. Bei fortgesetztem Konsum wurden 1. hedonistische Motive (Lustgewinn), 2. gruppenphänomenale Motive ("in"-sein), 3. ideologisch-gesellschaftspolitische Motive (Protest) und 4. selbstanalytische Motive genannt. Die Fixer begründeten ihren Konsum vor allem mit resignatorischen Motiven. Mit Hilfe des Freiburger Persönlichkeitsinventars (FPI) wurden verschiedene Persönlichkeitsdimensionen der befragten Konsumenten und Nichtkonsumenten gemessen. Die Rauschmittelkonsumenten zeigten im Vergleich zu ihren nicht konsumierenden Mitschülern keine auffälligen Abweichungen, was die Ergebnisse von LENNERTZ (87) bestätigt. Es zeigte sich, daß mit zunehmend ablehnender Einstellung der Jugendlichen zu den Eltern die positive Einstellung zu Rauschmitteln steigt. Auch waren die befragten Nichtkonsumenten mit größerer Fähigkeit zu sozialen Beziehungen (Geselligkeit) positiver zu Rauschmitteln eingestellt als jene mit geringer Fähigkeit zu Geselligkeit. Als Drogengefährdeter wurden weiter Jugendliche mit großer Verfügbarkeit über Geld und mit einer Generationsproblematik erkannt. 56 % der befragten Jugendlichen identifizierten sich mit der gegenwärtigen "Subkultur" und mit dem "rituellen" Rauschmittelkonsum.

BURCHARD (24) führte 1970 in Hamburg einen Fragebogentest an 500 Schülern der Oberstufe mehrerer Gymnasien durch. 26 % hatten Drogenerfahrungen, 46 % waren drogeninteressiert oder Probierer, 26 % waren als abstinent anzusehen.

SCHWARZ(129) führte 1970 eine Befragung von 4676 Schülern der Klassen 9 bis 13 durch (20 % der 23000 Oberschüler Schleswig-Holsteins). 26,2 % der Jungen und 15,8 % der Mädchen hatten

Drogenerfahrungen (zusammen 21,7 %). Die Jungen im Alter von 14 Jahren hatten zu 7,1 % Drogenerfahrungen, die männlichen Abiturienten zu 50 %. Die mittleren Städte (50 000 bis 100 000 Einwohner) stehen in der Häufigkeit des Konsums an erster Stelle mit 25,4 %; es folgen die ländlichen Gegenden unter 50 000 Einwohnern mit 21,8 %, und in den Großstädten (über 100 000 Einwohner) ist der Konsum der Schüler erstaunlicherweise mit 19,4 % am geringsten. 93,1 % der User hatten Erfahrungen mit Haschisch. 56,7 % hatten nur ein Mittel genommen, 21,6 % zwei Mittel und 21,7 % drei oder mehr verschiedene Drogen. 13,6 % der User kamen aus einer broken-home-Situation (Non-User 9,3%); 23,5 % bezeichneten ihr Familienleben als "unerfreulich" (Non-User 8,1 %). Die starken Haschisch-Konsumenten gaben sogar zu 32,3 % ein "unerfreuliches Familienleben an. Ein ähnliches Bild ergaben die Schulkonflikte. 18,2 % der User verkauften gelegentlich Rauschmittel, von den starken Haschisch-Konsumenten sogar 47,2 %. Nur 17,5 % aller Oberschüler waren für die Beibehaltung des Haschisch-Verbots, 50,3 % waren für eine Freigabe.

JASINSKY (71) befragte 1971 in Hamburg 4797 Schülerinnen und Schüler aller Schularten (repräsentativ für knapp 110 000 Schülerinnen und Schüler in Hauptschulen, Realschulen, Gymnasien, Wirtschaftsgymnasien und Berufs- und Handelsschulen. 13,3 % der Befragten waren regelmäßige User, weitere 9,6 % hatten Kontakt mit Rauschmitteln, vor allem mit Haschisch (Probierer). Somit waren 22,9 % Rauschmittel-Konsumenten. 20,2 % waren auf Drogen neugierig (potentielle Konsumenten), 56,8 % waren abstinent. Haschisch war bei 80 % das erste Rauschmittel, bei 50 % auch das einzige. Gelegentlichen oder regelmäßigen Handel mit Rauschmitteln betrieben 13,5 %. Der höchste Anteil der aktuellen und der potentiellen Konsumenten war in den Berufsschulen zu finden. Der relative Anteil der Konsumenten nahm mit dem Alter ständig zu (41 % bei den 21 jährigen und älteren), bei den 14- bis 16jährigen setzte der Konsum massiv ein. Schülerinnen hatten im Durchschnitt früher Kontakt mit Rauschmitteln als Schüler. Die Konsumenten hatten Erfahrungen mit Haschisch (82,2 %), Weck-

mitteln (44,9 %), Halluzinogenen (19,0 %), Opiaten (7,0 %), 2,2 % hatten sich Opiate injiziert, 1,8 % Amphetamine. Neugier war das Motiv für den ersten Gebrauch von Rauschmitteln (57,1 %). Danach wurden genannt: "Vergessen von Problemen" (13,5 %), "Lustgewinn" und "Musik intensiver erleben" (9,3 %), "zur Steigerung der Antriebskraft" (4,2 %) und "weil es andere taten" (3,6 %). Verglich man die Konsumenten mit den Nichtkonsumenten, dann kamen die Konsumenten häufiger aus unvollständigen Familien (28,0 % zu 18,3 %), ihr Familienleben war gespannter, unerfreulicher (25,5 % zu 9,3 %), traten häufiger Schwachsinn, Alkohol-, Rauschmittel-, Tablettensucht in der Familie auf (13,2 % zu 7,8 %). Häufiger waren bei den Konsumenten auch schwere Krankheiten, Selbstmordversuche, Sprachstörungen, Dunkelängste, Schulschwänzen, Angstträume, Fortlaufen von zu Hause, schlechtes Verhältnis zur Schule, Sitzenbleiben, Rauschmittelkonsum bei den Freunden, höheres Taschengeld, Zigarettenrauchen, Väter mit Abitur, Alkoholkonsum, Eintreten für die Freigabe von Haschisch und für eine Revolution.
WANKE, SÜLLWOLD und ZIEGLER (136,142,143)untersuchten 1970 in Frankfurt 165 Rauschmittel-Konsumenten, 79 wurden stationär behandelt und 86 ambulant beraten. 79 % der Probanden waren männlich, 21 % weiblich. Das Durchschnittsalter betrug 21 Jahre, 80 % waren zwischen 16 und 24 Jahren. Drei Fälle waren über 28 Jahre alt, sechs Probanden waren 15 Jahre alt oder jünger. Das Durchschnittsalter für den Erstgebrauch war 17 Jahre. Das in der psychiatrischen Klinik und in der Drogenberatungsstelle befragte Kollektiv gab ein dieser Vorauswahl entsprechendes Spektrum von Rauschmitteln an: Cannabis 98 %, LSD, DOM 82 %, Meskalin 42 %, Weckmittel 68 %, Opiate 61,2 %, Heroin 27 %, Sedativa 50 %, Analgetika 36 %, sonstige Drogen 36 % (Cocain 13 %, Sniffing 8 %), Alkohol 59 %. Zwischen drei und sechs verschiedene Drogen nahmen 60 % der Befragten ein, nur 5 % blieben bei Haschisch, bei 15 % kamen Weckmittel dazu, bei 11 % Halluzinogene und bei 62 % Opiate. Die Tendenz des Drogengebrauchs war in der Hälfte der Fälle progredient, bei 12 % konstant, bei 13 % abfallend, bei 19 % schwankend,und 4 % waren Probierer. Der Alkoholkonsum wurde nach dem

Beginn des Drogenkonsums erheblich seltener. Spontan verbalisierte "Motivation" für den Erstgebrauch von Drogen war bei 41 % Neugier, bei 24 % Nachahmung, bei 18 % der Wunsch nach einer Stimmungsveränderung. Bei 7 % war eine aktive Verführung durch andere die Ursache für den Beginn, 3 % begannen aus Protestmotiven. Als Motive, die den Rauschmittelgebrauch unterhalten, wurden von 48 % Geselligkeit und Vergnügen, von 27 % Rauschbedürfnis, von 13 % Stimmungsausgleich und von 12 % das Kompensieren von Ärger genannt.
Der Gebrauch erfolgte vorwiegend abends oder nachts. Bei der Hälfte der Probanden blieben die Beziehungen zur Familie unverändert, 40 % zeigten eine Verschlechterung und 10 % eine Verbesserung. Obwohl sich Klagen über vegetative Störungen seit dem Drogenkonsum vermehrt hatten, glaubten 46 % an eine positive Veränderung ihrer Persönlichkeit durch Rauschmittelgebrauch. Zwischen Intelligenzfaktoren und Rauschmittelabhängigkeit ließ sich keine Beziehung herstellen. Da 22 % ihre Schulausbildung und 31 % ihre Berufsausbildung abgebrochen hatten, ergab sich die Frage, inwieweit schulische Überforderung und das Ausbleiben geeigneter Hilfen bei der Wahl des Ausbildungsweges eine wesentliche Rolle zu Beginn der Rauschmitteleinnahme gespielt haben, oder ob der Drogenkonsum einen akzessorischen Faktor darstellt. Der hohe Prozentsatz von Leistungsschwierigkeiten in den naturwissenschaftlichen Fächern (57 %) könnte damit erklärt werden, daß in dieser Gruppe fast ausschließlich metaphysisch-schöngeistig orientierte Interessen vorherrschten. Daraus ließ sich eine Einseitigkeit der intellektuellen Orientierung ablesen, die eine verstandesmäßige Auseinandersetzung mit der Welt erschwert und eine schwärmerisch-gefühlshafte Erlebnisakzentuierung erleichtert, die wiederum anfälliger für das Bedürfnis nach rauschhaften Zuständen macht. Die Konsumenten wurden als extravertiert und labil charakterisiert, sie hatten eine vegetative Labilität und 52 % zeigten Verhaltensstörungen. 38 % der Väter und 54 % der Mütter wurden von den Probanden als inkonsequent und prinzipienlos in ihrem erzieherischen Verhalten beurteilt, 38 % stammten aus un-

vollständigen oder zerrütteten Familien, was insgesamt zu einer Begünstigung des neurotisch-extravertierten Poles bei den Probanden führen konnte. Im Gegensatz zu den Beobachtungen von LENNERTZ (87), der eine Gruppe unauffälliger Cannabis-Konsumenten untersucht hatte, wurde bei dem von WANKE beschriebenen Klinik-Beratungsstellen-Kollektiv ein erhöhter Neurotizismus-Score gefunden. Das Freiburger Persönlichkeitsinventar (FPI) ergab bezüglich des durchschnittlichen Profils, daß die männlichen Probanden in der Dimension "Erregbarkeit" eher am ruhig stumpfen Pol liegen; sie scheinen im Faktor "Gelassenheit" eher irritierbar und leichter entmutigt, in Bezug auf "Dominanzstreben" weniger akzentuiert und eher nachgiebig in sozialen Situationen. Die im Faktor "Maskulinität" angesprochenen asthenischen Komponenten der Persönlichkeit liegen ebenfalls unter dem Durchschnitt. Die Probanden erschienen wenig zuversichtlich und selbstvertrauend und waren vermindert belastbar. Sie zeigten eine größere soziale Nachgiebigkeit und "Toleranz", und der hohe Prozentsatz von gescheiterten Schul- und Ausbildungsgängen dieser Gruppe wies auf ein überwiegendes Flucht- und Vermeidungsverhalten hin, wobei auch von Bedeutung war, daß 70 % der Probanden durch Freunde und Bekannte zu Rauschmittel-Konsumenten gemacht wurden. Diese Daten waren nicht auf die weiblichen Drogenkonsumenten übertragbar. In der befragten Rauschmittelgruppe waren erotische Probleme in Bezug auf den Umgang mit dem anderen Geschlecht von geringer Bedeutung, woraus die Autoren schlossen, daß die mit dem Drogenkonsum verbundenen Gruppenkontakte Schwierigkeiten im konventionellen Umgang mit dem anderen Geschlecht beseitigen.

# III. METHODIK

## 1. Der Fragebogen

Die im Vorbereitungsstadium bereits aufgenommenen Kontakte zu Rauschmittelkonsumenten zeigten, daß diese bereit waren, einen differenzierten Fragebogen zu beantworten.
Es wurde ein Fragebogen[1] entwickelt, der im folgenden kurz beschrieben werden soll. Auf zehn mit Schreibmaschine einseitig beschriebenen DIN A 4-Bögen waren 54 Einzelfragen und Fragenkomplexe aufgeführt. Zunächst wurden Geschlecht, Alter, Familienstand, Wohnsituation, Kinder- und Geschwisterzahl, Schule, Ausbildung und Beruf, Hobbies und Interessen erfragt, anschließend die konsumierten Rauschmittel, sowie Zeitpunkt, Ort und Umstände der ersten Einnahme. Auch nach vorangegangener Neugier und nach der Dauer des Probierwunsches wurde gefragt. Eventuelles Zögern mit Begründung wurde ebenso berücksichtigt wie die Situationen, die zu den Rauschmitteleinnahmen führten. Fragen nach den Wirkungen der Drogen bei der ersten Einnahme, bei wiederholtem Konsum und nach Abklingen des Rausches schlossen sich an. Es folgten Fragen nach der Einnahmehäufigkeit und der Dosis sowie nach eventuellen Steigerungen oder Einschränkungen des Konsums. Weiter wurde notiert, wie sich die Konsumenten verhalten würden, wenn man ihnen eine unbegrenzte Menge Rauschmittel schenken würde, wie groß der geschätzte Prozentsatz an Rauschmittelkonsumenten unter ihren Bekannten ist und ob diese von dem Konsum des Befragten wüßten. Nach Änderungen im Alltagsleben, gesundheitlicher Beeinträchtigung, ärztlicher Behandlung, Familienkrankheiten und der Meinung über Gesundheitsschädlichkeit und Freigabe der einzelnen Mittel wurde ebenfalls geforscht. Es folgten Fragen nach den monatlichen Ausgaben für Rauschmittel, deren Weiterverkauf und dabei eventuell empfundenen Skrupeln. Weitere Fragen waren, ob der Konsument irgendwann zur Teilnahme an Opiat-Injektionen eingeladen worden sei, ob er die Absicht habe, Rauschmittel immer zu nehmen oder ob er sie irgendwann

[1] Der Text des verwendeten Fragebogens befindet sich im Teil VIII. ANHANG dieser Arbeit.

absetzen wolle, wie oft er versucht habe aufzuhören und ob er der Meinung sei, jederzeit aufhören zu können. Ferner interessierte uns, ob der Befragte schon im Ausland Rauschmittel genommen hat, welche Lebensziele er bevorzugen würde (persönlicher Erfolg, soziales Engagement, in Ruhe gelassen werden), sein politisches Engagement (Parteien, "ApO", Demonstrationen), Tabak- und Trinkgewohnheiten, wichtige Ereignisse im Leben und eventuelle Vorstrafen. Auch der Familienstand der Eltern, deren Berufe, ihre Vorzüge und Nachteile sowie ihre Erziehungsmethoden wurden erfragt. Außerdem konnten die Konsumenten eigene Erziehungsvorstellungen angeben.

2. Durchführung der Befragung

Die Durchführung der Befragung ist bereits in dem Bericht "Junge Rauschmittelkonsumenten in Berlin (West)" (21) eingehend beschrieben worden (Seiten 2, 8 und 11).
Die Mitglieder des Teams arbeiteten im Feld unabhängig voneinander. Sie suchten ihre Kontakte zu den Konsumenten selbst und nahmen die Befragungen vor, in der Regel außerhalb des Instituts. Zur Koordination der Arbeit wurden in unregelmäßigen Abständen Arbeitsbesprechungen abgehalten.
Nachdem der Kontakt zu den betreffenden Rauschmittelkonsumenten hergestellt war, brachten diese wieder Freunde und Bekannte und damit neue Konsumentenkreise der Forschungsgruppe zur Kenntnis. Es wurde also nach Art des Schneeballsystems vorgegangen. Gegen Ende des vorgesehenen Untersuchungszeitraums, nämlich im Januar 1970, war eine so große Zahl von Verbindungen hergestellt, daß es aus Zeitgründen nicht mehr möglich war, die an sich noch anstehenden Interviews alle abzuwickeln.
Die Befragung der Konsumenten machte keine Schwierigkeiten, nur in 2 Fällen mußte das Interview abgebrochen werden.
Das Ausfüllen des Fragebogens erfolgte auf verschiedene Art und Weise. Zum Teil stellte der Interviewer dem Konsumenten die Fragen mündlich und trug die Antworten selbst in den Fragebogen ein. Da sich indes nicht selten anstelle des erwarteten Konsumenten zwei oder mehr Personen beim Untersucher einfanden, wurde zur

Zeitersparnis, und da sich dieses Vorgehen zwanglos anbot, so vorgegangen, daß die jeweils anwesenden zwei oder drei Konsumenten selbst ihre Fragebogen ausfüllten und bei Unklarheiten Gelegenheit hatten, sich an den anwesenden Untersucher zu wenden.
Bei der guten Intelligenz und dem bemerkenswerten Kenntnisstand einiger der Konsumenten tauchte bald die Frage auf, ob die Betreffenden nicht als Forschungshelfer mit Subkultur-Erfahrung mitarbeiten sollten. Dies wurde bei besonders geeignet erscheinenden Personen mit wissenschaftlichen Interessen und persönlicher Zuverlässigkeit erprobt und als eine brauchbare Methode zur Erweiterung der Informationen akzeptiert sowie als ein günstiger Weg zum Erreichen weiterer Konsumentenkreise erkannt.
Wenn auch durch diese Modifikationen eine gewisse Uneinheitlichkeit des Vorgehens unvermeidbar war, so war doch die Ausweitung der Erkundungsstudie insgesamt so wertvoll, daß mögliche Nachteile in Kauf genommen werden konnten.
Der Gegenstand dieser Untersuchung waren mit Strafe bedrohte Verhaltensweisen, nämlich der stets mit einem Erwerb verbundene Konsum von Stoffen, die Betäubungsmittelvorschriften unterstanden. Angesichts dieser Sachlage war es bemerkenswert, daß es überhaupt möglich war, diese recht umfassende Befragung so zahlreicher Rauschmittelkonsumenten durchzuführen. Dabei war von entscheidender Bedeutung, daß die Erhebung von einer unabhängigen Forschungsgruppe unter rein wissenschaftlichen Gesichtspunkten vorgenommen wurde. Es fiel im übrigen den Mitgliedern des Teams nicht schwer, den Konsumenten gegenüber eine unvoreingenommene Haltung einzunehmen, zumal es die Konsumenten oft selbst nachdrücklich wünschten, daß auf dem Rauschmittelgebiet die Klärung strittiger Fragen durch wissenschaftliche Untersuchungen angestrebt wird.
Im Laufe der Studie erwies es sich aber immer wieder als nötig, aus der wissenschaftlich-distanzierten Einstellung herauszutreten und einem Engagement in menschlicher und ärztlicher Hinsicht Raum

zu geben. Wenn man die Erfahrungen der verschiedenen Mitglieder des Teams hier vergleicht, so wird deutlich, daß die Auskunftswilligkeit umso größer war, je mehr der Konsument gegebenenfalls auch auf Hilfen seitens des Interviewers rechnen durfte. Dementsprechend sind bei einer solchen Studie die dem medizinischen Sektor angehörenden Mitglieder des Teams einerseits stärker beansprucht, haben aber andererseits auch größere Möglichkeiten, weitere Konsumentenkreise zu erschließen.

Es war davon auszugehen, daß eine repräsentative Stichprobe bestimmter Altersklassen der Bevölkerung nicht in Frage kam, da ein solches Unternehmen viel zu umfangreich und in seiner Durchführbarkeit selbst äußerst problematisch erschien.
Um das Spektrum der Konsumenten einigermaßen umfangreich erkunden zu können, wurden die Anfangskontakte zu den einzelnen Konsumenten von verschiedenen Seiten aus gesucht. So wurden Kontakte über die den studentischen Mitarbeitern bekannten Treffpunkte von Drogenkonsumenten und über Personen des Bekanntenkreises, die ihrerseits Beziehungen zu Drogenkonsumenten hatten, aufgenommen. Einige Anknüpfungspunkte ergaben sich auch durch Rücksprachen mit Jugendlichen in Heimen. Eine Reihe von Kontakten ergab sich ferner aus Anrufen von Eltern drogengefährdeter Jugendlicher, die beim Leiter des Forschungsprojekts Rat und Hilfe suchten.
PFLANZ(113) weist auf die Gefahr hin, daß man mit einer willkürlichen Auswahl von Probanden praktisch jedes gewünschte Ergebnis erzielen kann. Die verschiedenen Team-Mitglieder befragten Konsumentenkollektive mit spezifischen Eigenheiten. So wurden zum Beispiel von Prof. Bschor vor allem hilfesuchende Opiatsüchtige befragt, von Frau Dr. Keilbach vor allem beruflich integrierte, ältere"Gelegenheitshascher", von Herrn Dennemark dagegen viele "drop-out-Gammler" aus der Umgebung der Berliner Gedächtniskirche. Durch das Zusammenlegen aller Fragebögen wurden die spezifischen Merkmale der einzelnen Kollektive ziemlich ausgeglichen.

## 3. Die samples

Um Einblick in die Erfahrungen der jungen Rauschmittelkonsumenten mit Haschisch zu gewinnen, sind für diese Arbeit die Angaben jener 234 Befragten verwendet worden, die über einen Cannabis-Konsum berichtet hatten (männlich 164, weiblich 70). Deshalb enthält das Gesamtkollektiv dieser Studie drei Befragte weniger, als der Bericht "Junge Rauschmittelkonsumenten in Berlin (West)" (21), worin sämtliche 237 Interviews ausgewertet wurden.
Damit sich ein möglichst genaues Bild der mit dem Cannabis-Konsum zusammenhängenden Probleme ergibt, wurden drei verschiedene Unterteilungen des Gesamtkollektivs vorgenommen. Die Größen dieser samples und ihr jeweiliger prozentualer Anteil am befragten Gesamtkollektiv sind in Tabelle 2 aufgeführt. Durch die doppelten Trennungslinien soll verdeutlicht werden, daß es sich um mehrere Aufgliederungen des Gesamtkollektivs nach unterschiedlichen Gesichtspunkten handelt.

### 3.1. Die Altersgruppen

Um Aufschlüsse über mögliche Unterschiede im Konsumverhalten zwischen den jüngeren und den älteren Befragten zu erhalten, wurde das Gesamtkollektiv in die Altersgruppen 13 bis 19 (38 %, "teens") und 20 bis 48 Jahre (62 %, im wesentlichen "twens") unterteilt.

### 3.2. Die Konsumenten-Gruppen

Hierbei wurden zwei Konsumenten-Gruppen unterschieden. Die "Probierer" wurden weggelassen. In der C1-Gruppe (40 % des Gesamtkollektivs) sind jene Befragten enthalten, die ausschließlich Erfahrungen mit Cannabis hatten (ohne Berücksichtigung von Alkohol und Nikotin), in der C2-Gruppe (54 % des Gesamtkollektivs) dagegen jene Interviewte, die außer mit Cannabis auch Erfahrungen mit anderen Drogen hatten.

### 3.3. Die Konsumenten-Typen

Entsprechend dem Untersuchungsansatz wurden sowohl Personen befragt, die nur probiert und dann auf einen weiteren Rauschmittelgenuß verzichtet hatten, als auch Personen, bei denen es im Laufe der Zeit zu einer gewohnheitsmäßigen Einnahme von Drogen gekommen war.

Konsumenten-Typ 1, Probierer (6 %)

Die "Probierer" haben nur einmal oder wenige Male Haschisch versucht, dann aber auf einen weiteren Gebrauch verzichtet. Mit 6 % ist diese Gruppe nur klein. Daß nur 15 Probierer befragt worden waren, besagt aber durchaus nicht, daß das "Probieren" selten ist, vielmehr war es bereits zu Beginn der Erhebung offenkundig, daß viele Schüler und Studenten, aber auch Angehörige der verschiedensten Berufsgruppen zumindest Haschisch probiert hatten. Es erschien den Interviewern jedoch zweckmäßig, die Kontakte zu den Probierern klein zu halten, um dem wichtigen Kreis der Dauerkonsumenten mehr Zeit widmen zu können.

Konsumenten-Typ 2, Cannabis-Typ (58 %), "Kiffer"

Die Befragten dieses Typs rauchten Haschisch regelmäßig. Einige hatten gelegentlich auch noch andere Rauschmittel versucht.

Konsumenten-Typ 3, Halluzinogen-Typ (29 %)

Hier lag der Konsumschwerpunkt bei den halluzinogenen Trips (LSD, Mescalin, DOM/STP), die von den Befragten dieses Typs mindestens zweimal im Monat genommen wurden. Außer Trips nahmen sie auch regelmäßig Haschisch.

Konsumenten-Typ 4, Opiat-Typ (7 %), "Fixer"

Es handelte sich um junge Leute, die sich über längere Zeit Rohopiumextrakt oder pharmazeutische Opiate injizierten, daneben aber in der Regel zusätzlich oder in Intervallen eine Vielzahl anderer Drogen gebrauchten, auch Psychopharmaka. Der Anteil dieser Gruppe am Gesamtkollektiv war mit 11 männlichen und 6 weiblichen Befragten recht gering. Seit Abschluß der Befragung hat sich bei weiteren Feldbeobachtungen in Berlin der Kreis junger Opiatsüchtiger wesentlich erweitert.

Tab. 2: Die samples. Die Prozentzahlen beziehen sich jeweils auf die 164 männlichen, die 70 weiblichen und die 234 Befragten insgesamt.

| sample | männlich n | % | weiblich n | % | gesamt n | % |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Gesamtkollektiv | 164 | 70 | 70 | 30 | 234 | 100 |
| 13 bis 19 Jahre | 64 | 39 | 24 | 34 | 88 | 38 |
| 20 bis 48 Jahre | 100 | 61 | 46 | 66 | 146 | 62 |
| C1-Gruppe[1] | 63 | 39 | 30 | 43 | 93 | 40 |
| C2-Gruppe | 94 | 57 | 32 | 46 | 126 | 54 |
| 1 Probierer | 7 | 4 | 8 | 11 | 15 | 6 |
| 2 Cannabis-Typ | 92 | 56 | 43 | 61 | 135 | 58 |
| 3 Halluzinogen-Typ | 54 | 33 | 13 | 19 | 67 | 29 |
| 4 Opiat-Typ | 11 | 7 | 6 | 9 | 17 | 7 |

[1] Zur Aufteilung des Gesamtkollektivs in die C1- und C2-Gruppen wurden 15 Personen, die "Probierer" (6 %), nicht herangezogen.

# IV. ERGEBNISSE DER EMPIRISCHEN STUDIE

## 1. Cannabis-Konsumenten

### 1.1. Persönliche Daten

#### 1.1.1. Geschlecht, Alter und Familienstand

Insgesamt wurden 234 Cannabis-Konsumenten befragt, 164 männliche und 70 weibliche Personen. Die männlichen Befragten stellen somit 70 %, die weiblichen 30 % des Kollektivs.
Die Altersspanne zum Zeitpunkt des Interviews erstreckte sich bei den männlichen Konsumenten von 14 bis 38, bei den weiblichen von 13 bis 48 Jahre. Genauere Hinweise zum Altersaufbau der Konsumenten ergeben sich aus Tabelle 3.

Tab. 3: Der Altersaufbau des Gesamtkollektivs. Anzahl der männlichen und weiblichen Befragten bei den einzelnen Altersklassen.

| Altersklassen Jahre | Anzahl der Befragten männlich | weiblich | gesamt |
|---|---|---|---|
| 12 - 13 | - | 2 | 2 |
| 14 - 15 | 8 | 4 | 12 |
| 16 - 17 | 18 | 10 | 28 |
| 18 - 19 | 38 | 8 | 46 |
| 20 - 21 | 26 | 13 | 39 |
| 22 - 23 | 21 | 9 | 30 |
| 24 - 25 | 19 | 10 | 29 |
| 26 - 27 | 16 | 7 | 23 |
| 28 - 29 | 8 | 3 | 11 |
| 30 - 31 | 5 | 1 | 6 |
| 32 - 33 | 4 | 1 | 5 |
| 34 - 40 | 1 | - | 1 |
| 40 - 48 | - | 2 | 2 |

Die Altersklassen 18 bis 19 und 20 bis 21 Jahre sind am stärksten vertreten (46 bzw. 39 Personen). Sowohl bei den männlichen als auch bei den weiblichen Konsumenten setzt der Drogenkonsum im Alter von 16 bis 17 Jahren massiv ein. Nur 14 Befragte waren über 30 Jahre

alt. Das Durchschnittsalter des Gesamtkollektivs betrug zum Zeitpunkt des Interviews 21,6 Jahre. Die verschiedenen samples weisen zum Teil beträchtliche Unterschiede des Durchschnittsalters auf. Wie aus Tabelle 4 hervorgeht, sind die auf mehrere Drogen orientierten Befragten (C2-Gruppe sowie Konsumenten-Typen 3 und 4) im Durchschnitt um Jahre jünger als die Cannabis-orientierten Konsumenten (C1-Gruppe sowie Konsumenten-Typen 1 und 2).

Tab. 4: Das Durchschnittsalter zum Zeitpunkt des Interviews in Jahren. Die Unterteilungen des Gesamtkollektivs nach jeweils unterschiedlichen Gesichtspunkten in Untergruppen sind in den Tabellen durch Trennungslinien voneinander abgegrenzt. Im Kapitel III. METHODIK wurden die Definitionen der einzelnen samples bereits eingehend beschrieben.

| samples | Durchschnittsalter in Jahren männlich | weiblich | gesamt |
|---|---|---|---|
| Gesamtkollektiv | 21,6 | 21,8 | 21,6 |
| C1-Gruppe | 22,6 | 24,2 | 23,2 |
| C2-Gruppe | 20,2 | 18,8 | 19,8 |
| 1 Probierer | 29,2 | 28,1 | 28,7 |
| 2 Cannabis-Typ | 22,2 | 22,4 | 22,2 |
| 3 Halluzinogen-Typ | 19,7 | 18,6 | 19,5 |
| 4 Opiat-Typ | 21,0 | 19,7 | 20,5 |

9 % des Gesamtkollektivs waren verheiratet, 7 % der männlichen und 13 % der weiblichen Befragten. Drei Frauen waren geschieden, eine verwitwet.

Tab. 5: Der Familienstand der Befragten.

| Familienstand | männlich n | % | weiblich n | % | gesamt n | % |
|---|---|---|---|---|---|---|
| ledig | 152 | 93 | 57 | 81 | 209 | 89 |
| verheiratet | 11 | 7 | 9 | 13 | 20 | 9 |
| geschieden | 1 | - | 3 | 4 | 4 | 2 |
| verwitwet | - | - | 1 | 2 | 1 | - |
| Summe | 164 | 100 | 70 | 100 | 234 | 100 |

10 % des Gesamtkollektivs hatten Kinder, im sample der Probierer waren es sogar 40 %. Die C1-Gruppe hatte prozentual doppelt sooft Kinder angegeben wie die C2-Gruppe. Mit nur 6 % hatten die Befragten des Halluzinogen-Typs am wenigsten Kinder angegeben.

### 1.1.2. Ausbildung und Beruf

Schüler und Studenten stellen mit 60 % über die Hälfte des befragten Kollektivs. Es folgen Angestellte mit 14 %, Arbeiter sind mit 9 % nur gering vertreten. Inzwischen konnte jedoch beobachtet werden, daß der Anteil Cannabis konsumierender junger Arbeiter im Steigen begriffen ist. Außer den seit längerem Haschisch rauchenden Künstlern, die Cannabis nicht selten zur Steigerung der Assoziationen und der Phantasie gebrauchten, wurde auch eine Reihe von jungen Ärzten, Lehrern und Beamten befragt, die vor allem aus psychologischem Interesse oder wegen der entspannenden Wirkung Haschisch geraucht hatten.
Insgesamt gingen zur Zeit des Interviews 18 % der Befragten nicht mehr ihrer Ausbildung oder ihrem erlernten Beruf nach. Bei den als Drogenkonsumenten in der Feldstudie bekannt gewordenen zwölf Lehrlingen hatten sechs ihre Lehre aufgegeben. Von den 32 Angestellten hatte jeder vierte (25 %) seinen Dienst quittiert, wobei es sich jedoch überwiegend um mit ihrem Verdienst unzufriedene kaufmännische Angestellte handelte. Jeder fünfte Schüler hatte die Schule verlassen, jeder zehnte Student die Universität.

Tab. 6: Die Ausbildungs- und Berufssituation. In der Spalte "drop out" ist angegeben, wieviele Angehörige der jeweiligen Berufskategorien Ausbildung oder Beruf aufgegeben hatten.

| Berufskategorie | männlich n | % | weiblich n | % | gesamt n | % | "drop out" n |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Schüler | 63 | 38 | 13 | 19 | 76 | 32 | 16 = 21 % |
| Studenten | 43 | 26 | 23 | 33 | 66 | 28 | 7 = 11 % |
| Angestellte | 16 | 10 | 16 | 23 | 32 | 14 | 8 = 25 % |
| Arbeiter | 19 | 11 | 1 | 1 | 20 | 9 | 2 = 10 % |
| Lehrlinge | 7 | 4 | 5 | 7 | 12 | 5 | 6 = 50 % |
| andere Berufe[1] | 15 | 11 | 11 | 16 | 26 | 11 | 2 = 8 % |
| keine Angaben | 1 | - | 1 | 1 | 2 | 1 | - - |
| Summe | 164 | 100 | 70 | 100 | 234 | 100 | 41 = 18 % |

[1] Künstler, Lehrer, Ärzte, Beamte, Selbständige

Beeindruckend ist der Unterschied der Anteile von drop-out-Leuten bei der C1- und der C2-Gruppe. Bei denen, die nur Haschisch konsumiert hatten, waren 6 %, bei denen mit Gebrauch mehrerer Drogen dagegen 28 % "drop outs".
Auch aus der Aufgliederung der Befragten nach den vier Konsumenten-Typen ergeben sich weiterführende Hinweise. Stellt man den Anteil der sozial integrierten Konsumenten dem Anteil der aus Beruf und Ausbildung ausgetretenen Leute, den drop-out - Fällen gegenüber, zeichnet sich von Typ 1 bis Typ 4 eine stetige Zunahme der drop-out-Fälle ab.
Die prozentualen Anteile der drop-out-Fälle bei den Mädchen unterschieden sich nur gering von den entsprechenden Werten bei den Männern.
Zu diesen Zahlen muß jedoch bemerkt werden, daß sie das tatsächliche Verhältnis von berufstätigen Konsumenten zu solchen, die aus ihren Berufen oder Tätigkeiten ausgeschieden sind, nicht genau wiederspiegeln, da beispielsweise Ex-Lehrlinge schon wegen ihres Habitus und ihres häufigen Aufenthaltes in bestimmten Lokalen von den Interviewern des Teams besser zu erreichen waren als beruflich tätige rauschmittelkonsumierende Lehrlinge. Zu der großen Zahl ausgeschiedener Schüler ist einschränkend zu sagen, daß eine Häufung an "Ex-Schülern" dadurch zustande kam, weil bevorzugt Schüler interviewt wurden, die bei den Mitgliedern des Teams um Rat und Hilfe nachgesucht hatten.
Zur speziellen Lage der Konsumenten, welche ihre ursprüngliche Berufstätigkeit aufgegeben hatten, gibt der Fragebogen nur beschränkt Auskunft. Die hier stets zusätzlich geführten Gespräche über die näheren Lebensverhältnisse des Betreffenden ließen erkennen, daß bei diesem Personenkreis eine Vielzahl von Problemen vorliegt. Es sei hier eingefügt, daß sich im Zuge unserer Anschlußstudie abzuzeichnen beginnt, daß von den im Winter 1969/70 befragten jungen Leuten nicht wenige inzwischen ihre Konsumgewohnheiten geändert haben und unter Beibehaltung des Haschischgenusses auch noch halluzinogene Trips nehmen. Einige sind auch Opiatkonsumenten, "Fixer", geworden. Bei der Beobachtung der individuellen Verläufe wurde deutlich, daß sich mit der Intensivierung des Rauschmittelkonsums regelmäßig die soziale Integration lockert und der Übergang zum drop-out-Zustand begünstigt wird.

Tab. 7: Die Ausbildungs- und Berufssituation. Der Prozentsatz der Befragten, die nicht mehr ihrer Ausbildung oder ihrem Beruf nachgingen ("drop out") bei den einzelnen samples.

| sample | "drop out"-Anteile in Prozent männlich | weiblich | gesamt |
|---|---|---|---|
| Gesamtkollektiv | 19 | 14 | 18 |
| 13 bis 19 Jahre | 22 | 21 | 22 |
| 20 bis 48 Jahre | 17 | 11 | 15 |
| C1-Gruppe | 6 | 7 | 6 |
| C2-Gruppe | 29 | 25 | 28 |
| 1 Probierer | - | - | - |
| 2 Cannabis-Typ | 8 | 7 | 7 |
| 3 Halluzinogen-Typ | 33 | 31 | 33 |
| 4 Opiat-Typ | 55 | 50 | 53 |

Bei der Auswertung hat sich ergeben, daß zwei Drittel der aus Ausbildung und Beruf Ausgescherten aus unvollständigen Familien kamen (gesamt 66 %; männlich 63 %, weiblich 70 %).

### 1.1.3. Wohnsituation

Die Frage nach der Wohnsituation der Rauschmittelkonsumenten ergab folgendes Bild: Ein Drittel (31 %) der Befragten wohnte bei den Eltern, zwei Drittel gaben andere Wohnformen an. 17 % wohnten allein, jeder fünfte war in einer Kommune. Zusammen mit einem Partner wohnten 16 %, jeder zehnte (10 %) nächtigte abwechselnd bei anderen, 7 % lebten mit dem Ehepartner. Die weiblichen Befragten hatten öfter als die männlichen angegeben, allein zu wohnen. In Tabelle 8 ist die Wohnsituation korreliert mit den Altersgruppen, den Konsumentengruppen und dem drop-out-Status. Von den herumschweifenden Wohnungslosen gehören 15 % der C2-Gruppe, aber nur 5 % der C1-Gruppe an. Jene, die beim Ehepartner wohnen, gehören dagegen zehnmal häufiger der C1- als der C2-Gruppe an. Allein zu wohnen prädisponiert offenbar nicht zu polytropem Konsum, da 28 % der allein Wohnenden zur C1-Gruppe und nur 9 % zur C2-Gruppe gehören. Bei den Eltern zu wohnen scheint dagegen nicht vor polytropem Konsum zu schützen, denn mehr als doppelt soviele Befragte wie der C1-Gruppe (18 %) gehörten der C2-Gruppe an (42 %).

Tab. 8: Die Wohnsituation. Die Angaben bei den einzelnen samples in Prozent. In der Zeile "drop out" ist die Wohnform korreliert mit der Aufgabe der Ausbildung oder des Berufes. Die Wohnarten haben folgende Nummern:

1. wohnt allein
2. wohnt bei den Eltern
3. wohnt beim Ehepartner
4. wohnt mit einem Partner
5. wohnt in einer Kommune
6. häufiger Wohnungswechsel

| sample | Wohnsituation in Prozent 1. | 2. | 3. | 4. | 5. | 6. |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Gesamtkollektiv | 17 | 31 | 7 | 16 | 19 | 10 |
| 13 bis 19 Jahre | 3 | 66 | - | 9 | 6 | 16 |
| 20 bis 48 Jahre | 24 | 10 | 11 | 21 | 27 | 7 |
| C1-Gruppe | 28 | 18 | 10 | 20 | 19 | 5 |
| C2-Gruppe | 9 | 42 | 1 | 13 | 20 | 15 |
| "drop out" | 5 | 10 | 6 | 16 | 25 | 58 |

Zwei Drittel der jüngeren Konsumenten wohnten bei ihren Eltern (66 %), mit 16 % folgte das "auf Trebe sein", wie das Wohnen abwechselnd bei anderen auch genannt wird. Fast jeder zehnte "teen" (Alter 13 bis 19 Jahren) wohnte bei einem Partner (9 %), in Kommunen lebten 6 %, alleine nur 3 %.

Die häufigste Wohnform der Älteren war die Kommune (27 %), das "alleine Wohnen" wurde mit 24 % nahezu ebenso häufig genannt. Auch das Wohnen mit einem Partner wurde annähernd sooft angegeben (21 %), während nur halb soviele mit einem Ehepartner lebten (11 %). Bei ihren Eltern lebte nur noch jeder zehnte der "twens" (Alter über 20 Jahre), 7 % waren ohne Wohnung.

Wie die Wohnform mit dem Abbruch beruflicher und ausbildungsmäßiger Bindungen korreliert ist wird in Tabelle 8 angegeben. Über die Hälfte der "Stadtstreicher" (58 %) und jeder vierte der in Kommunen Wohnenden (25 %) waren "drop outs". Von den bei den Eltern Wohnenden war jeder zehnte ausgeschert (10 %), von den allein Wohnenden jeder Zwanzigste (5 %).

### 1.2. Eltern und Geschwister

Die Eltern der Befragten waren zur Zeit des Interviews zu 56 % verheiratet, die der männlichen Konsumenten zu 55 %, die der weiblichen zu 59 %.

44 % der Interviewten kamen aus unvollständigen Familien (männlich

45 %, weiblich 41 %). Ihre Eltern waren entweder getrennt, geschieden, oder es handeltes sich um Halb- oder Vollwaisen. Bei einigen waren die Eltern unbekannt. Als vollständige Familie wurde die Kategorie "Eltern verheiratet" definiert. Es wurde ausschließlich nach der formalen Familienstruktur zur Zeit des Interviews gefragt, die psychodynamischen häuslichen Verhältnisse wurden Anschlußstudien vorbehalten. Tabelle 9 gibt die einzelnen Kategorien der formalen Familienverhältnisse wieder.

Tab. 9: Die elterliche Situation.

| Elterliche Situation | männlich n | % | weiblich n | % | gesamt n | % |
|---|---|---|---|---|---|---|
| verheiratet | 90 | 55 | 41 | 59 | 131 | 56 |
| geschieden | 29 | 18 | 10 | 14 | 39 | 17 |
| getrennt lebend | 8 | 5 | 2 | 3 | 10 | 4 |
| Vater gestorben | 27 | 16 | 11 | 16 | 38 | 16 |
| Mutter gestorben | 3 | 2 | 1 | 1 | 4 | 2 |
| Eltern gestorben | 5 | 3 | 4 | 6 | 9 | 4 |
| uneheliches Kind | 2 | 1 | 1 | 1 | 3 | 1 |
| Summe | 164 | 100 | 70 | 100 | 234 | 100 |

In Tabelle 10 sind die Anteile der aus unvollständigen Familien stammenden Befragten bei den einzelnen samples aufgeführt.

Tab. 10: Der Anteil der Befragten aus unvollständigen Familien bei den einzelnen samples.

| sample | Unvollständige Familien in Prozent männlich | weiblich | gesamt |
|---|---|---|---|
| Gesamtkollektiv | 45 | 41 | 44 |
| 13 bis 19 Jahre | 34 | 54 | 40 |
| 20 bis 48 Jahre | 50 | 35 | 45 |
| C1-Gruppe | 51 | 40 | 47 |
| C2-Gruppe | 42 | 50 | 44 |
| 1 Probierer | 43 | 25 | 33 |
| 2 Cannabis-Typ | 47 | 42 | 45 |
| 3 Halluzinogen-Typ | 41 | 38 | 40 |
| 4 Opiat-Typ | 55 | 67 | 59 |

Befragt nach den Erziehungsprinzipien ihrer Eltern gaben 23 % an, verwöhnt worden zu sein, 13 % sahen ihre Erziehung als sehr streng an. Bei den einzelnen Konsumenten-Typen ist von sample zu sample eine prozentuale Abnahme der Verwöhnten und eine Zunahme der streng Erzogenen zu verzeichnen.
Aus den Angaben der Interviewten über Erkrankungen ihrer Eltern geht hervor, daß bei 10 % der Befragten eine familiäre Belastung mit psychischen Erkrankungen besteht. Bei einem Befragten war die Mutter, bei einem anderen der Vater opiatsüchtig.

Tab. 11: Die Erziehungsmethoden der Eltern der Befragten und der Anteil psychischer Erkankungen bei diesen.

| | Erziehungsprinzip | | | | psychische Erkrankungen | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | verwöhnt | | sehr streng | | | |
| Konsumenten-Typ | n | % | n | % | n | % |
| Gesamtkollektiv | 54 | 23 | 31 | 13 | 23 | 10 |
| 1 Probierer | 6 | 40 | - | - | - | - |
| 2 Cannabis-Typ | 34 | 25 | 17 | 12 | 14 | 10 |
| 3 Halluzinogen-Typ | 17 | 25 | 10 | 15 | 7 | 10 |
| 4 Opiat-Typ | 2 | 12 | 4 | 24 | 3 | 18 |

79 % der Befragten hatten Geschwister, davon 32 % mehrere Geschwister und 47 % nur einen Bruder oder eine Schwester. Jeder fünfte war Einzelkind (21 %). Der Anteil der Einzelkinder bei der C2-Gruppe (25 %) war etwas höher als bei der C1-Gruppe (18 %). Bei den Konsumenten-Typen war der niedrigste Anteil bei den Probierern (7 %), der höchste beim Halluzinogen-Typ (27 %). Die Konsumenten-Typen 2 und 4 hatten einen Prozentsatz an Befragten ohne Geschwister von 19 % und 18 %.

### 1.3. Selbst- und Umweltorientierung

Einige Fragen der Feldstudie betrafen die Freizeitinteressen der Rauschmittel-Konsumenten, ihre Einstellung zu Lebenszielen, ihre Zufriedenheit mit Ausbildung und Beruf sowie ihre politische Orientierung.

### 1.3.1. Hobbies und Interessen

In Tabelle 12 sind die Hobbies und Interessen der Befragten aufgeführt. Wie einige Antwortbeispiele verdeutlichen sollen, wurde die Frage "Welche Hobbies/Interessen haben Sie?" sehr unterschiedlich aufgefaßt. Die Antwort einer 27jährigen Studentin: "Ich kann Freizeit und Arbeit nicht trennen und deshalb nicht von Hobbies sprechen". Ein 30jähriger Architekt sagte: "Meine Arbeit ist mein Hobby", und die Antwort einer 16jährigen Schülerin war: "Ich bin allseitig interessiert, weshalb ich kein spezielles Hobby habe".

Schöngeistige Interessen überwiegen bei den Rauschmittel-Konsumenten. 118 Befragte (50 %) bekundeten ihre Liebe zur Musik und zum Musizieren, für technologisch-naturwissenschaftliche Gebiete dagegen interessierten sich nur 17 (7 %). Moderne Musikrichtungen wie Beat, Soul, Underground und Psychedelic werden bevorzugt, doch auch klassische Musik ist neben zeitgenössischen Orchesterwerken und elektronischen Kompositionen sehr beliebt.

Literatur und Theater (64 bzw. 9 Angaben) folgten an zweiter Stelle in der Häufigkeit der Nennungen (32 %). Neben Hermann Hesse werden vor allem die Autoren der weltweiten Jugend- und Protestbewegung gelesen, daneben fantastische und metaphysische Literatur, Comics, Sience Fiction und Märchen. Viele Interviewte legten eigene Gedichte oder Erlebnisschilderungen vor, die häufig in sogenannten "Traum-" oder "Tripbüchern" niedergeschrieben waren.

Mit der bildenden Kunst, vor allem mit Malerei, Zeichnen und Malen, mit Architektur sowie mit Fotografieren und Filmen beschäftigte sich jeder Vierte (25 %).

Annähernd ein Viertel der Befragten (23 %) nannten Psychologie, Philosophie, Religionen, Meditation, Metaphysik, den Menschen und das Leben als Interessengebiete. Im Verlauf der Untersuchung konnte beobachtet werden, daß diese Themen die Mehrzahl der Befragten zwar besonders beschäftigten, von ihnen jedoch nicht als Hobby oder Freizeitbeschäftigung aufgefaßt und deshalb nicht genannt wurden.

Sportliche Neigungen hatten 18 % des Gesamtkollektivs, 13 % hatten besonderes Interesse für politische Zusammenhänge, Sozialprobleme, Erziehungsfragen und Zeitgeschehen.
12 % der Interviewten gaben an, kein Hobby zu haben, zum Teil lehnten sie diesen Begriff ganz ab: "Neben dem aufreibenden Studium kann man sich nichts erlauben, ich mache nebenbei Nachtwachen" (Antwort einer 26jährigen Medizinstudentin) und: "Keine Hobbies, denn politische Tätigkeit ist kein Hobby" (Antwort eines 20jährigen Germanistikstudenten).
Reisen und "sexuelle Betätigung" wurden von jeweils 9 % genannt, 7 % liebten Essen, Trinken und Kochen.
Den Konsum von Haschisch und LSD sahen 7 % als Hobby an, während Basteln nur 4 % der Befragten erfreute. Drei Rauschmittel-Konsumenten hatten die Arbeit zu ihrem Hobby erklärt.

Tab. 12: Die Hobbies und Interessen der Befragten. Es wurden viele Mehrfachnennungen registriert, die Prozentzahlen beziehen sich jeweils auf die 164 männlichen und 70 weiblichen Befragten sowie auf das Gesamtkollektiv von 234 Personen.

| Hobbies Interessen | männlich n | % | weiblich n | % | gesamt n | % |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Musik | 84 | 51 | 34 | 49 | 118 | 50 |
| Literatur,Theater | 42 | 26 | 31 | 44 | 73 | 32 |
| Bildende Kunst | 37 | 23 | 22 | 31 | 59 | 25 |
| Psychologie[1] | 39 | 24 | 14 | 20 | 53 | 23 |
| Sport | 30 | 18 | 12 | 17 | 42 | 18 |
| Politik,Soziologie | 20 | 12 | 10 | 14 | 30 | 13 |
| keine Hobbies | 20 | 12 | 9 | 13 | 29 | 12 |
| Reisen | 17 | 10 | 3 | 4 | 20 | 9 |
| Sexualität | 15 | 9 | 5 | 7 | 20 | 9 |
| Technologie | 17 | 10 | - | - | 17 | 7 |
| Essen, Trinken | 7 | 4 | 9 | 8 | 16 | 7 |
| Haschisch, LSD | 13 | 8 | 3 | 4 | 16 | 7 |
| Basteln | 1 | 1 | 9 | 13 | 10 | 4 |
| Arbeiten | 2 | 1 | 1 | 1 | 3 | 1 |

[1] einschließlich Philosophie, Religionen, Meditation, Metaphysik, Mensch, Leben

1.3.2. Lebensziele

Auf die Frage "Was ist für Sie am wichtigsten: persönlicher Erfolg, soziales Engagement oder daß man Sie in Ruhe läßt?" nannten 42 % der Interviewten soziales Engagement. Für 33 % war es am wichtigsten, in Ruhe gelassen zu werden, 15 % wünschten sich nur persönlichen Erfolg. Soziales Engagement verbunden mit persönlichem Erfolg erstrebten 8 %, für 2 % waren alle drei Ziele erstrebenswert. Die Jüngeren hielten soziales Engagement für weniger wichtig (30 %), "in Ruhe gelassen zu werden" dagegen für wichtiger (48 %). Die älteren Konsumenten dagegen hielten beides für gleich wichtig (35 % bzw. 38 %). Polytroper Drogenkonsum war mit einer Verminderung des sozialen Engagements (C1-Gruppe 51 %, C2-Gruppe 35 %) und einem verstärkten Wunsch nach Ruhe korreliert (C1-Gruppe 28 %, C2-Gruppe 38 %).
Ein entsprechendes Bild zeigt der Vergleich der einzelnen Konsumenten-Typen, wo von sample zu sample vor allem eine Zunahme des Wunsches nach Ruhe augenfällig ist.

Tab. 13: Die Lebensziele bei den einzelnen samples.

| sample | soziales Engagement | persönlicher Erfolg | in Ruhe gelassen werden |
|---|---|---|---|
| Gesamtkollektiv | 42 | 15 | 33 |
| 13 bis 19 Jahre | 30 | 14 | 48 |
| 20 bis 48 Jahre | 50 | 16 | 22 |
| C1-Gruppe | 51 | 11 | 28 |
| C2-Gruppe | 35 | 18 | 38 |
| 1 Probierer | 36 | 18 | 18 |
| 2 Cannabis-Typ | 51 | 14 | 25 |
| 3 Halluzinogen-Typ | 28 | 17 | 45 |
| 4 Opiat-Typ | 29 | 21 | 50 |

1.3.3. Die Zufriedenheit mit der Ausbildung und dem Beruf

Jeweils rund ein Drittel der Befragten waren mit ihrer Ausbildung oder ihrem Beruf zufrieden (31 %), weniger zufrieden (31 %) oder gar nicht zufrieden (38 %). Somit waren zwei Drittel von

ihrer Ausbildungs- und Berufssituation unbefriedigt. Meist wurde dies auch begründet. Der häufigste Grund der Unzufriedenheit (49 Angaben) war ein mangelhaftes Ausbildungssystem. Die Schüler bemängelten das überholte und zu starre Schulsystem, den Lernstoff ("keine gesellschaftlichen Bezüge") und die Lehrer ("unkritisch"). Ein 18jähriger Oberschüler klagte: "Scheißautoritäres Schulsystem, Beschneidung der geistigen Freiheit, kein polytechnischer Unterricht".
Die Studenten äußerten ähnliche Beanstandungen: "Ein einziger Massenbetrieb und keine Studienreform, die Fächer zu unpolitisch und zu wenig praxisbezogen, weshalb man die Lust und die Initiative verliert, das Interesse wird zu wenig geweckt", oder: "Studium ist Geschwafel ohne gesellschaftliche Relevanz, völlig unkoordiniert und unstrukturiert". Auch an der Ausbildung zu praktischen Berufen wurde Kritik geübt. Als Begründung der Unzufriedenheit lag an zweiter Stelle (30 Angaben) der Hinweis auf Abhängigkeit, Zwang, Repression und Ungerechtigkeit in der Ausbildung und im Beruf, z. B.: "Faschistische Lehrer wollen mich zum Untermenschen erziehen und in das Scheiß-Leistungssystem integrieren", "repressiver Studiengang", und "meine Freiheit als Mensch wurde einfach zu sehr beschnitten"(ehemaliger Lehrling).

An dritter Stelle der Begründungen folgten die mangelnden Identifikationsmöglichkeiten mit der Tätigkeit (27 Angaben). Einige hätten lieber etwas anderes gemacht, andere fühlten sich nicht ausgefüllt, wiederum andere glaubten, in ihrem Beruf zu wenig leisten zu können. Eine 22jährige Psychologiestudentin sagte: "Ich wollte lieber Ärztin werden, Psychologie allein reicht nicht aus, man hätte noch Politologie dazu studieren müssen".
Stärkere Unzufriedenheit drückten Antworten wie "langweilig, blöd, stupide, uninteressant und entfremdete Arbeit" aus. (16 Angaben). Die wenigsten beklagten sich über zuviel Arbeit oder zuwenig Geld (15 Angaben).
In Tabelle 14 ist der Prozentsatz der Zufriedenen bei den einzelnen samples aufgeführt. Bei den jüngeren Befragten war nur jeder fünfte zufrieden, bei den älteren dagegen jeder dritte. Die reinen Cannabis-Konsumenten waren zufriedener als die Konsumenten mehrerer Drogen.

Die Opiatsüchtigen wiesen bemerkenswerterweise den höchsten Anteil an Zufriedenheit überhaupt auf, nämlich 67 %. Die Konsumenten des Halluzinogen-Typs hatten mit 26 % den kleinsten Anteil Zufriedener.

Tab. 14: Der Prozentsatz der Zufriedenen mit der Ausbildung oder dem Beruf bei den einzelnen samples.

| sample | männlich | weiblich | gesamt |
|---|---|---|---|
| Gesamtkollektiv | 31 | 30 | 31 |
| 13 bis 19 Jahre | 21 | 17 | 20 |
| 20 bis 48 Jahre | 37 | 37 | 37 |
| C1-Gruppe | 38 | 34 | 37 |
| C2-Gruppe | 24 | 27 | 25 |
| 1 Probierer | 43 | 25 | 33 |
| 2 Cannabis-Typ | 44 | 33 | 41 |
| 3 Halluzinogen-Typ | 26 | 27 | 26 |
| 4 Opiat-Typ | 67 | 67 | 67 |

### 1.3.4. Politisches Engagement

Um Aufschluß über die politische bzw. die gesellschaftspolitische Orientierung der Rauschmittel-Konsumenten zu erhalten, wurden auch in dieser Richtung einige Fragen gestellt, z. B. nach Sympathien für bestehende politische Parteien, nach der Meinung über die Demonstrationswelle der Jahre 1968/70, die sogenannte "außerparlamentarische Opposition" (ApO) und nach der Beteiligung an Demonstrationen.

Der größte Teil der Befragten (80 %) vermochte sich mit den Zielen der bestehenden politischen Parteien nicht zu identifizieren. Sympathien für die CDU gab keiner der Befragten an, für die SPD hatten 12 % Sympathien, für die FDP 4 %, für die DKP 3 % und die KPDML 1 %, ein Befragter war für die SEW.

Bei der C1-Gruppe waren 31 % für etablierte politische Parteien, bei der C2-Gruppe 13 %. Der Prozentsatz der Befragten, die eine ihnen genehme Partei angeben konnten, wurde von Konsumenten-Typ 1 bis zu Konsumenten-Typ 4 ständig geringer.

16 % der Befragten hielten die "außerparlamentarische Opposition" für notwendig , 41 % hielten sie zwar auch für notwendig, meinten jedoch, daß sie verbesserungsbedürftig sei. Weitere 41 % hielten sie nicht für notwendig, sondern lediglich für verbesserungs- bzw. veränderungsbedürftig. Nur jeder hundertste Befragte meinte, daß die "ApO" gefährlich sei.

29 % der Befragten lehnten es ab, sich als Anhänger dieser oppositionellen Bewegung zu bezeichnen, 27 % bekannten sich ohne Einschränkungen und 44 % mit Einschränkungen zu deren Zielen.
Uneingeschränkte "ApO"-Anhänger waren bei den älteren Befragten (30 %) stärker vertreten als bei den jüngeren (23 %), bei der C1-Gruppe (30 %) häufiger als bei der C2-Gruppe (23 %) und ihr Prozentanteil nahm vom Konsumenten-Typ 1 zu Konsumenten-Typ 4 ständig ab.
Ein analoges Bild zeigten die Angaben über die Beteiligung an politischen Demonstrationen. Ein Drittel der Befragten nahm regelmäßig an Demonstrationen teil, 42 % von Zeit zu Zeit und jeder vierte hatte sich noch nie daran beteiligt.

Tab. 15: Der Prozentsatz der Befragten, die sich uneingeschränkt als Anhänger der "außerparlamentarischen Opposition" bezeichneten, sowie der Anteil derjenigen, die regelmäßig an Demonstrationen teilnahmen bei den einzelnen samples.

| sample | uneingeschränkte "ApO"-Anhänger | regelmäßige Demonstrationsbeteiligung |
|---|---|---|
| Gesamtkollektiv | 27 | 32 |
| 13 bis 19 Jahre | 23 | 21 |
| 20 bis 48 Jahre | 30 | 38 |
| C1-Gruppe | 30 | 39 |
| C2-Gruppe | 23 | 25 |
| 1 Probierer | 40 | 46 |
| 2 Cannabis-Typ | 29 | 36 |
| 3 Halluzinogen-Typ | 22 | 23 |
| 4 Opiat-Typ | 18 | 17 |

## 1.4. Drogenorientierung

### 1.4.1. Konsumierte Drogen

Das Ziel der Erkundungsstudie bestand zunächst darin, Aufschlüsse über die Verbreitung, die Konsumgewohnheiten, die Wirkungen, die Motive und Konsumenten von Haschisch und anderen in den westlichen Ländern in den Vordergrund getretenen Rauschmitteln zu erlangen. Im Laufe der Untersuchung zeigte sich jedoch, daß von vielen Befragten handelsübliche Arzneimittel in zum Teil extremen Überdosierungen ohne ärztliche Verordnung zum Zwecke eines "Rausches" eingenommen wurden, ohne daß ein solcher gelegentlicher oder häufigerer Arzneimittelmißbrauch als "Rauschgiftgenuß" verstanden wurde. Obwohl Probleme des Arzneimittelmißbrauchs zunächst nicht Gegenstand der Untersuchung waren, wurden solche Angaben berücksichtigt.

Von den 237 Befragten hatten 234 Cannabis konsumiert. Diese 234 Cannabis-Erfahrenen wurden der vorliegenden Studie zugrundegelegt. 48 % davon hatten außerdem Halluzinogene genommen, 17 % Opiate, 15 % Psychotonika ("Aufputschmittel") und 8 % andere Drogen. Wie in Tabelle 16 dargestellt, sind die Relativwerte der weiblichen Befragten etwas niedriger als die der männlichen, doch sind die Unterschiede nicht ausreichend, um geschlechtsspezifische Verschiedenheiten in der Auswahl der konsumierten Drogen begründen zu können.
Annähernd die Hälfte der Befragten (46 %) hatte ausschließlich Cannabis-Erfahrungen (männlich 43 %, weiblich 54 %), die andere Hälfte (54 %) hatte neben Cannabis auch andere Drogen konsumiert (männlich 57 %, weiblich 46 %).
Bemerkenswerte Unterschiede hinsichtlich des Konsums mehrerer verschiedener Drogen konnten bei den beiden Altersgruppen festgestellt werden. Während bei den älteren Befragten 60 % außer Cannabis keine anderen Drogen konsumierten, waren es bei den "teens" (13 bis 19 Jahre) nur 23 %. Das bedeutet, daß 77 % der Jüngeren zwei oder mehr verschiedene Rauschmittel genommen hatten, während es bei den Älteren nur 40 % waren. Beim Konsumenten-Typ 2 (Cannabis-Typ) waren mehr ältere Befragte vertreten als jüngere

(13 bis 19 Jahre 30 %, 20 bis 48 Jahre 70 %), beim Konsumenten-Typ 3 (Halluzinogen-Typ) waren dagegen die Jüngeren in der Überzahl (13 bis 19 Jahre 60 %, 20 bis 48 Jahre 40 %).

Tab. 16: Konsumierte Drogen. Es wurden viele Mehrfachnennungen registriert.

| Drogen | | männlich | | weiblich | | gesamt | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | n | % | n | % | n | % |
| I | Cannabis | 164 | 100 | 70 | 100 | 234 | 100 |
| | Haschisch | 163 | | 70 | | 233 | |
| | Marihuana | 11 | | 6 | | 17 | |
| II | Halluzinogene | 83 | 51 | 29 | 41 | 112 | 48 |
| | LSD | 77 | | 25 | | 102 | |
| | DOM/STP | 18 | | 6 | | 24 | |
| | Mescalin | 17 | | 2 | | 19 | |
| III | Opiate | 27 | 16 | 12 | 17 | 39 | 17 |
| | Rohopium | 25 | | 11 | | 36 | |
| | Pharmaka[1] | 11 | | 7 | | 18 | |
| | Heroin | 9 | | 3 | | 11 | |
| IV | Psychotonika | 27 | 16 | 9 | 13 | 36 | 15 |
| | Captagon | 19 | | 5 | | 24 | |
| | $AN_1$ | 10 | | 2 | | 12 | |
| | Preludin | 9 | | 1 | | 10 | |
| | andere[2] | 11 | | 4 | | 15 | |
| V | andere Drogen[3] | 13 | 8 | 5 | 7 | 18 | 8 |

[1]Morphin, Codein, Dilaudid, Dicodid, Acedicon, Eukodal, Papaverin, Romilar, Dolantin, Dromoran, Polamidon (Methadon), Ticarda, Palfium (Jetrium), Cliradon

[2]Cafilon, Katovit, Ritalin, Percoffedrinol, Rosimon-Neu, Tradon, Ephedrin, Pervitin

[3]Tanquilizer, Schlaf- und Beruhigungsmittel, Cocain, Lösungsmittel, z. B. Aceton, Trichloraethylen, Lackentferner, Pattex-Löser

### 1.4.2. Drogensequenz

126 Personen hatten außer Cannabis-auch Erfahrungen mit anderen Drogen. Von diesen Befragten hatten 87 (69 %) Haschisch als erstes illegales Rauschmittel genommen, jedoch hatten fast alle vor ihrem ersten Cannabis-Konsum bereits Alkohol oder Tabak konsumiert.
Die Befragten des Halluzinogen-Typs (67 Personen) hatten folgende Konsumfolge angegeben: zwei Drittel hatten erst Haschisch genommen, durchschnittlich 8,6 Monate später folgten halluzinogene Trips (männlich 8,5 Monate, weiblich 9,1 Monate). Elf Befragte dieses Typs hatten mit Cannabis und LSD gleichzeitig begonnen, fünf hatten Trips schon vor ihrer ersten Haschisch-Erfahrung genommen.
Die Befragten des Opiat-Typs (17 Personen) gaben etwa zur Hälfte die Einnahmefolge Cannabis- Halluzinogene-Opiate an, fünf nannten Cannabis- Opiate- Halluzinogene. Drei Befragte dieses Typs hatten vorher bereits Erfahrungen mit Psychotonika, zwei hatten sofort mit Opiaten begonnen. Es dauerte durchschnittlich 19,2 Monate, bis die Opiat-user nach ihrer ersten illegalen Drogenzufuhr nach der Opiat-Spritze griffen, in der Zwischenzeit kamen meist (3 Ausnahmen) noch Erfahrungen mit LSD und anderen Halluzinogenen dazu.

### 1.4.3. Alkohol- und Tabakkonsum

Ein Fünftel der Befragten trank alkoholische Getränke, meist Bier, regelmäßig, die Hälfte gelegentlich und knapp ein Drittel hatte keinen Alkoholkonsum. Wie in Tabelle 17 dargestellt, ist die Abnahme des regelmäßigen Alkoholgenusses korreliert mit der Zunahme des Konsums von Cannabis, LSD und Opiaten. Während 47 % der Probierer (Konsumenten-Typ 1) Alkohol regelmäßig tranken, waren es bei den Konsumenten des Halluzinogen-Typs nur 6 %. Der Anteil der Alkohol-Abstinenten nahm von Konsumenten-Typ 1 zu Konsumenten-Typ 3 ständig zu und auch bei den 17 Opiatabhängigen war die Mehrheit (9 Personen) bei den Antialkoholikern.

Tab. 17: Der Alkoholkonsum der Befragten. Die Angaben der einzelnen samples in Prozent.

| sample | Konsum alkoholischer Getränke | | |
|---|---|---|---|
| | nein | gelegentlich | regelmäßig |
| Gesamtkollektiv | 31 | 50 | 19 |
| 13 bis 19 Jahre | 53 | 43 | 4 |
| 20 bis 48 Jahre | 18 | 55 | 27 |
| C1-Gruppe | 11 | 60 | 29 |
| C2-Gruppe | 49 | 44 | 7 |
| 1 Probierer | 13 | 40 | 47 |
| 2 Cannabis-Typ | 16 | 60 | 24 |
| 3 Halluzinogen-Typ | 59 | 35 | 6 |
| 4 Opiat-Typ | 53 | 47 | - |

Nur 11 % der Befragten waren Nichtraucher. Die Raucher konsumierten durchschnittlich 20 Zigaretten pro Tag, wobei zwischen den einzelnen samples keine nennenswerten Unterschiede bezüglich der Anzahl der gerauchten Zigaretten festzustellen war, lediglich die Befragten des Opiat-Typs hatten mit 28 Zigaretten ein deutlich höheres arithmetisches Mittel als die anderen Konsumenten-Typen. Die 13 bis 19jährigen hatten einen durchschnittlichen Konsum von 16 Zigaretten pro Tag berichtet, die älteren Befragten rauchten täglich mehr als 21 Zigaretten. 3 % der Interviewten rauchten täglich mehr als 40 Zigaretten, 18 % zwischen 21 und 40 Zigaretten, 41 % zwischen 11 und 20 Zigaretten und 27 % rauchten weniger als 10 Zigaretten pro Tag.

1.4.4. Monatliche Ausgaben für Drogen

29 % der Befragten gaben an, kein Geld für den Kauf von Drogen auszugeben. Diese Konsumenten, die sich fast ausschließlich von ihren Freunden und Bekannten einladen lassen, stellen 80 % der Probierer, 32 % der Cannabis-Konsumenten und 20 % der Halluzinogenuser. Bei den Opiat-Süchtigen gab dagegen niemand an, keine Ausgaben für das Suchtmittel zu haben. Die Freigehaltenen waren überwiegend weiblichen Geschlechts.

Tab. 18: Die monatlichen Ausgaben für Drogen. Die Anteile der einzelnen Ausgabenkategorien bei den verschiedenen samples in Prozent.

| sample | Ausgaben für Drogen in DM pro Monat | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 0 | bis 10 | 11 bis 25 | 26 bis 50 | 51 bis 100 | 101 bis 500 | über 500 |
| Gesamtkollektiv | 29 | 21 | 14 | 17 | 9 | 9 | 1 |
| 13 bis 19 Jahre | 22 | 15 | 17 | 33 | 10 | 3 | - |
| 20 bis 48 Jahre | 34 | 25 | 12 | 8 | 8 | 12 | 1 |
| C1-Gruppe | 33 | 35 | 13 | 14 | 2 | 3 | - |
| C2-Gruppe | 21 | 12 | 16 | 22 | 14 | 13 | 2 |
| 1 Probierer | 80 | 20 | - | - | - | - | - |
| 2 Cannabis-Typ | 32 | 34 | 15 | 14 | 2 | 3 | - |
| 3 Halluzinogen-Typ | 20 | 3 | 18 | 28 | 19 | 12 | - |
| 4 Opiat-Typ | - | - | - | 18 | 23 | 47 | 12 |

Die durchschnittlichen Angaben pro Monat waren bei den weiblichen Befragten allgemein niedriger als die der männlichen. Das arithmetische Mittel errechnete sich bei den männlichen usern mit 56,-- DM, bei den weiblichen mit 33,-- DM pro Monat. Der Gesamtdurchschnitt aller Befragten lag bei 49,-- DM. Während die Cannabis-Konsumenten durchschnittlich 21,-- DM im Monat für ihren Konsum ausgaben, müssen die Halluzinogen-Konsumenten bereits 66,-- DM zur Beschaffung ihrer monatlichen Drogenmenge aufzubringen. Die Opiatsüchtigen benötigen durchschnittlich 240,-- DM im Monat zur Beschaffung des Suchtstoffes. Die meisten von ihnen geben diese Summen jedoch nicht real aus, sondern "verdienen" sich den benötigten "Stoff" durch den Handel mit Drogen.

Tab. 19: Durchschnittliche monatliche Ausgaben für Drogen in DM bei den einzelnen samples.

| sample | Ausgaben für Drogen in DM pro Monat männlich | weiblich | gesamt |
|---|---|---|---|
| Gesamtkollektiv | 56 | 33 | 49 |
| 13 bis 19 Jahre | 32 | 47 | 36 |
| 20 bis 48 Jahre | 72 | 25 | 57 |
| C1-Gruppe | 24 | 15 | 21 |
| C2-Gruppe | 82 | 57 | 76 |
| 1 Probierer | 1,4 | 0,6 | 1 |
| 2 Cannabis-Typ | 24 | 14 | 21 |
| 3 Halluzinogen-Typ | 75 | 28 | 66 |
| 4 Opiat-Typ | 250 | 220 | 240 |

1.4.5. Bewertung des eigenen Drogenkonsums

Frage: Angenommen, Ihnen stünde eine unbegrenzte Menge Haschisch zur Verfügung. Würden Sie die Einzeldosis erhöhen, Cannabis häufiger nehmen, oder keines von beiden?

44 % der Befragten entschieden sich für eine Steigerung ihres Cannabis-Konsums (männlich 40 %, weiblich 54 %), und zwar würden 27 % Haschisch häufiger rauchen, 12 % würden ihre Joints und Pfeifen üppiger stopfen und 5 % würden beides tun. 56 % würden bei unbegrenzter Verfügbarkeit von Cannabis ihre gewohnte Konsumfrequenz und ihre Dosierung beibehalten. Der Anteil der Steigerungswilligen war bei den weiblichen Befragten vor allem deshalb so hoch, weil viele Mädchen gern öfter einmal Haschisch geraucht hätten, ohne auf die Spendierfreudigkeit ihrer Freunde angewiesen zu sein. Bei den 13 bis 19jährigen hatten 54 % den Wunsch, ihren Cannabis-Konsum zu steigern, bei den älteren Befragten dagegen nur 38 %.

Tab. 20: Die Einstellung der Befragten zur Steigerung des Konsums von Cannabis.

| sample | Dosis erhöhen | häufiger nehmen | sowohl als auch | gesamt |
|---|---|---|---|---|
| Gesamtkollektiv | 12 | 27 | 5 | 44 |
| 13 bis 19 Jahre | 13 | 32 | 9 | 54 |
| 20 bis 48 Jahre | 12 | 24 | 2 | 38 |
| C1-Gruppe | 11 | 34 | - | 45 |
| C2-Gruppe | 14 | 24 | 6 | 44 |

Frage: Glauben Sie, daß Sie immer Rauschmittel zu sich nehmen werden, oder haben Sie die Absicht, demnächst aufzuhören?

53 % der Befragten wollten Rauschmittel immer nehmen, 41 % wollten damit aufhören, 6 % waren Probierer. Alle samples hatten diese Frage annähernd gleich beantwortet, lediglich bei den Konsumenten des Halluzinogen-Typs war der Wunsch, mit den Drogen aufzuhören, häufiger vertreten als der Vorsatz, weiter Rauschmittel zu nehmen. Die älteren "Kiffer" hatten seltener den Wunsch, mit ihrem Konsum irgendwann aufzuhören als die jüngeren.

Frage: Glauben Sie, jederzeit mit der Rauschmitteleinnahme aufhören zu können?

Die älteren Haschisch-Konsumenten waren am meisten davon überzeugt, daß sie jederzeit mit ihrem Konsum aufhören könnten, wenn sich der Wunsch oder die Notwendigkeit dafür ergäben. 97 % der 20 bis 48jährigen und 98 % der C1-Gruppe und des Cannabis-Typs bejahten diese Frage, bei den Konsumenten des Halluzinogen-Typs waren es 84 % und bei den Befragten des Opiat-Typs immerhin noch 73 %. Insgesamt waren 93 % des Kollektivs der Meinung, daß sie jederzeit mit ihrem Drogenkonsum aufhören könnten.

Tab. 21: Die Einstellung der Befragten zur Aufgabe ihres Drogenkonsums. Die Angaben bei den einzelnen samples in Prozent.

| sample | immer nehmen | irgendwann aufhören | glaubt, jederzeit aufhören zu können |
|---|---|---|---|
| Gesamtkollektiv | 53 | 41 | 93 |
| 13 bis 19 Jahre | 51 | 47 | 86 |
| 20 bis 48 Jahre | 55 | 37 | 97 |
| C1-Gruppe | 52 | 40 | 98 |
| C2-Gruppe | 54 | 42 | 88 |
| 1 Probierer | - | - | - |
| 2 Cannabis-Typ | 58 | 36 | 98 |
| 3 Halluzinogen-Typ | 47 | 52 | 84 |
| 4 Opiat-Typ | 50 | 36 | 73 |

Frage: Haben Sie schon versucht, mit Rauschmitteln aufzuhören?

Viele der Opiatsüchtigen hatten schon eine oder mehrere Entziehungskuren hinter sich. Diese Versuche, sich von ihrer Opiatsucht zu befreien, waren fehlgeschlagen. In der Tab. 22 sind jedoch nur jene Antworten auf diese Frage berücksichtigt, die sich auf Cannabis beziehen. 77 % der Befragten hatten noch keinen Versuch unternommen, mit ihrem Cannabis-Konsum aufzuhören. 10 % hatten den Konsum zum Teil für längere Zeit unterbrochen, da sie entweder keine Lust mehr dazu hatten oder weil sie vor wichtigen Aufgaben standen, wie z. B. Examina oder berufliche Bewährungszeiten. Andere Gründe für solche Unterbrechungen waren neue Bekanntschaften der Konsumenten, neue Freundeskreise, Reisen, schwere Erkrankungen oder einfach die fehlende Möglichkeit, an Haschisch heranzukommen.
11 % der Befragten hatten zum Zeitpunkt des Interviews den Cannabis-Konsum eingestellt, 2 % hatten ohne Erfolg versucht, das "Kiffen" aufzugeben. Die jüngeren Konsumenten und die Befragten des Halluzinogen-Typs hatten zu jeweils 5 % erfolglose Konsumaufgabe-Versuche berichtet. Die häufigsten Gründe dafür waren gruppenkonformes Verhalten, entwicklungsspezifische Verhaltensmuster und die rituelle Konsumart des Haschischs, wie z. B. das "Kreisenlassen" eines Joints.

Tab. 22: Die Versuche der Befragten, den Cannabis-Konsum aufzugeben. Die Angaben bei den einzelnen samples in Prozent.

| sample | nicht versucht, aufzuhören | Konsum unterbrochen | Konsum eingestellt | Aufgabenversuch ohne Erfolg |
|---|---|---|---|---|
| Gesamtkollektiv | 77 | 10 | 11 | 2 |
| 13 bis 19 Jahre | 80 | 11 | 4 | 5 |
| 20 bis 48 Jahre | 75 | 9 | 15 | 1 |
| C1-Gruppe | 61 | 12 | 24 | 1 |
| C2-Gruppe | 85 | 9 | 2 | 4 |
| 1 Probierer | - | - | 100 | - |
| 2 Cannabis-Typ | 81 | 10 | 7 | 2 |
| 3 Halluzinogen-Typ | 79 | 13 | 3 | 5 |
| 4 Opiat-Typ | 100 | - | - | - |

1.4.6. Bewertung der Gesundheitsschädlichkeit

Frage: Glauben Sie, daß die Einnahme von Haschisch, LSD, Opium etc. gesundheitsschädigende Folgen haben könnte? Wenn ja, welche?

27 % der Befragten waren der Meinung, daß Haschisch gesundheitsschädlich sei, 82 % glaubten an eine Schädlichkeit von LSD,und 97 % hielten Opium für ein gefährliches Rauschgift. Alle 13 bis 19jährigen, alle Probierer und alle Befragten des Halluzinogen-Typs waren sich der Gefährlichkeit des Opiatkonsums bewußt, der geringste Anteil von Befragten mit dieser Einschätzung des Opiums war mit 87 % bei den Konsumenten des Opiat-Typs zu finden. Ähnlich verteilt war die Einschätzung der Gefährlichkeit von LSD, wo auch die Befragten des Halluzinogen-Typs den geringsten Anteil an Personen aufwiesen, die der Meinung waren, daß LSD zu einer gesundheitlichen Beeinträchtigung führen könne. Abweichend von der Bewertung der Opiate und von Cannabis hatten die jüngeren Befragten eine weniger kritische Einstellung gegenüber dem LSD als die älteren. Hinsichtlich der Meinung über eine mögliche Gesundheitsschädlichkeit von Haschisch gab es zwischen den einzelnen samples kaum Unterschiede, lediglich die Probierer wiesen mit 36 % einen höheren Anteil von Befragten mit entsprechenden Bedenken auf als die anderen Gruppen.

Tab. 23: Die Stellungnahme der Befragten zur Gesundheitsschädlichkeit von Cannabis, LSD und Opium. Der Prozentsatz der Personen, die diese Rauschmittel für gesundheitsschädlich hielten, bei den einzelnen samples.

| sample | Cannabis | LSD | Opium |
|---|---|---|---|
| Gesamtkollektiv | 27 | 82 | 97 |
| 13 bis 19 Jahre | 30 | 79 | 100 |
| 20 bis 48 Jahre | 25 | 89 | 95 |
| C1-Gruppe | 25 | 93 | 96 |
| C2-Gruppe | 27 | 80 | 98 |
| 1 Probierer | 36 | 100 | 100 |
| 2 Cannabis-Typ | 27 | 83 | 97 |
| 3 Halluzinogen-Typ | 25 | 79 | 100 |
| 4 Opiat-Typ | 25 | 80 | 87 |

Mit Ausnahme von fünf Befragten hatten alle, die an eine Gesundheitsschädlichkeit von Cannabis glaubten, ihre Auffassungen konkretisiert. Psychische Störungen und Psychosen als mögliche Folgen des Haschisch-Konsums wurden elfmal genannt, ebenso viele befürchteten Lungenschäden. Acht Interviewte waren der Meinung, daß Schäden nur bei falschem Gebrauch von Cannabis entstehen könnten, z. B. durch chronischen exzessiven Konsum. Sechsmal wurde geäußert, daß nur prädisponierte Menschen zu Schäden kämen, z. B. zu Kreislaufstörungen. Jeweils vier Nennungen bezogen sich auf Leber- und auf Magenschäden, Störungen der Denk- und Merkfähigkeit wurden dreimal genannt. Jeweils zwei Angaben entfielen für folgende Schäden: Erbschäden, Herzschäden, Hepatitisrezidive, Verlust des Realitätsbewußtseins und Schäden durch Überdosierungen. Je ein Befragter nannte Abhängigkeit, Gleichgültigkeit, Demenz, Nervosität, Isolierung, verzögerte Heilung und "individuell", "psychosomatisch" und "man wird kaputt". Großen Eindruck müssen in der Öffentlichkeit Berichte über mögliche Erbschäden von LSD hinterlassen haben, da 60 Befragte solche genetischen Schäden von LSD vermuteten. Psychosen und andere psychische Störungen

Tab. 24: Die Meinung der Befragten über die gesundheitlichen Auswirkungen des Konsums von Cannabis, LSD und Opium. Die Anzahl der Nennungen der einzelnen gesundheitlichen Folgen.

| gesundheitliche Schäden | Cannabis | LSD | Opium |
|---|---|---|---|
| Abhängigkeit, Sucht | 1 | 4 | 75 |
| Psychische Störungen, Psychosen | 11 | 55 | 7 |
| Genetische Schäden, Erbschäden | 2 | 60 | 2 |
| Leberschäden | 4 | 10 | 22 |
| Magenschäden | 4 | 3 | 8 |
| Persönlichkeitsabbau | 1 | 2 | 11 |
| Denk- und Merkfähigkeitsstörungen | 4 | 7 | 3 |
| Lungenschäden | 11 | - | 1 |
| Lethargie, Isolierung | 2 | 2 | 3 |
| Schäden nur bei falschem Gebrauch | 8 | 5 | 4 |
| Schäden nur bei Prädisposition | 6 | 2 | 1 |
| andere | 8 | 10 | 5 |

folgten mit 55 Nennungen an zweiter Stelle. Sucht und Abhängigkeit wurden dagegen nur viermal genannt. Außer den in der Tab. 24 enthaltenen Angaben über die vermuteten Schädigungen durch LSD wurden noch vereinzelt genannt: Krämpfe, Verlust der sexuellen Potenz, Nierenschäden, hormonelle Störungen, Leukämie, Realitätsverlust und Verlust der Selbstkontrolle während des Rausches. Als häufigste Folge des Opiatkonsums wurden Sucht und Abhängigkeit genannt (75 Nennungen), an zweiter Stelle folgten mit 22 Angab en Leberschäden. 11 Befragte waren der Ansicht, daß das "Fixen" von Suchtstoffen zu einem Persönlichkeitsabbau führe. Außer den in Tab. 24 enthaltenen gesundheitlichen Folgen der Opiate wurden weiter genannt: Pickel, Spritzabszesse, Tod, Nierenschäden und Stoffwechselstörungen.

1.4.7. Einstellung zur Freigabe von Drogen

Viele der Befragten vertraten den Standpunkt, man solle es dem einzelnen in jeder Hinsicht freistellen, wie er mit seinem Körper und seiner Gesundheit umgeht, auch unter Duldung potentiell schädigender Gewohnheiten und Experimente. So waren 97 % der Interviewten für die Aufhebung des Haschischverbots, 33 % für die Freigabe von LSD und immerhin 10 % traten für eine beliebige Verfügbarkeit von Opium und synthetischen Betäubungsmitteln ein. Wie nicht anders zu erwarten, waren vor allem die Opiat-Süchtigen für eine solche Aufhebung der Bestimmungen über den Umgang mit Betäubungsmitteln, sie sprachen sich zu 31 % für eine Aufhebung der Verschreibungs- und Abgabevorschriften aus. Die Befragten des Opiat-Typs waren zu 50 % für die Freigabe von LSD, während sich die Probierer nur zu 14 % für einen freien Verkauf der Halluzinogene aussprachen (Cannabis-Typ 25 %, Halluzinogen-Typ 45 %). 40 % der jüngeren Befragten waren bemerkenswerterweise für eine legale Verfügbarkeit von LSD, bei den usern über 20 Jahren waren es nur 28 %. Hinsichtlich der Einstellung zur Freigabe von Haschisch waren zwischen den einzelnen samples keine größeren Unterschiede festzustellen, nahezu alle Befragten sprachen sich für eine Freigabe von Cannabis aus.

Tab. 25: Die Meinung der Befragten zur Freigabe von Cannabis, LSD und Opium. Der Prozentsatz der Personen, die für einen freien Verkauf dieser Rauschmittel waren, bei den einzelnen samples.

| sample | Cannabis | LSD | Opium |
|---|---|---|---|
| Gesamtkollektiv | 97 | 33 | 10 |
| 13 bis 19 Jahre | 96 | 40 | 10 |
| 20 bis 48 Jahre | 98 | 28 | 9 |
| C1-Gruppe | 98 | 18 | 8 |
| C2-Gruppe | 97 | 44 | 11 |
| 1 Probierer | 100 | 14 | 7 |
| 2 Cannabis-Typ | 98 | 25 | 5 |
| 3 Halluzinogen-Typ | 96 | 45 | 9 |
| 4 Opiat-Typ | 100 | 50 | 31 |

1.4.8. Handel und Weitergabe von Drogen

Frage: Haben Sie selbst schon Rauschmittel weiterverkauft?

44 % des Gesamtkollektivs bejahten diese Frage (männlich 53 %, weiblich 24 %). Von den 13 bis 19jährigen hatten 58 % bereits irgendwann einmal Rauschmittel weiterverkauft, von den älteren 35 %. 27 % der C1-Gruppe und 62 % der C2-Gruppe hatten Rauschmittel schon einmal weiterverkauft. Der Prozentsatz derer, die bereits irgendwann einmal mit Rauschmitteln gehandelt hatten, nahm von Konsumenten-Typ 1 zu Konsumenten-Typ 4 zu, wobei der Handel bei den Opiatsüchtigen mehr als zehnmal so häufig anzutreffen war wie bei den Probierern (77 % zu 7 %).

Frage: Hatten Sie dabei irgendwelche Skrupel?

Diejenigen, die einen solchen Verkauf angegeben hatten, wurden weiter befragt, ob sie dabei irgendwelche Skrupel gehabt hätten, das heißt, ob sie beim Handel mit Drogen moralischen Bedenken oder Angst vor negativen Konsequenzen für sich selbst oder für andere hatten. Nur jeder Fünfte (20 %) derjenigen, die mit Drogen gehandelt hatten, gab solche Skrupel an. Die jüngeren Dealer hatten bemerkenswerterweise häufiger Bedenken als die älteren

(29 % zu 12 %). Auch bei den Opiatsüchtigen war der Anteil derer, die beim Verkauf von Drogen Skrupel hatten, gering. Bei den übrigen samples hatte jeweils rund ein Fünftel der Drogenhändler eine kritische Einstellung zu seiner Handlungsweise.

Tab. 26: Der Weiterverkauf von Rauschmitteln. Der Prozentsatz der Personen, die schon einmal Rauschmittel weiterverkauft hatten, bei den einzelnen samples.

| sample | männlich | weiblich | gesamt |
|---|---|---|---|
| Gesamtkollektiv | 53 | 24 | 44 |
| 13 bis 19 Jahre | 64 | 42 | 58 |
| 20 bis 48 Jahre | 45 | 15 | 35 |
| C1-Gruppe | 36 | 7 | 27 |
| C2-Gruppe | 67 | 47 | 62 |
| 1 Probierer | 14 | - | 7 |
| 2 Cannabis-Typ | 36 | 14 | 29 |
| 3 Halluzinogen-Typ | 80 | 62 | 76 |
| 4 Opiat-Typ | 91 | 50 | 77 |

1.4.9. Drogengebrauch im sozialen Umfeld

Frage: Wieviel Prozent Ihrer Bekanntschaft nehmen Ihrer Meinung nach Rauschmittel?

Nur zwei der Befragten gaben an, daß in ihrem Freundeskreis niemand Drogen nehme, bei 32 Befragten waren alle näheren Bekannten Rauschmittelkonsumenten. Das arithmetische Mittel der von den Befragten geschätzten Prozentsätze an drogenkonsumierenden Bekannten errechnete sich als 61 %. Bei den jüngeren Befragten und den Konsumenten mehrerer Drogen lag der durchschnittliche Prozentsatz etwas höher (66 % bzw. 68 %), bei den älteren Befragten und bei der C1-Gruppe dagegen etwas niedriger (59 % bzw. 51 %). Von Konsumenten-Typ 1 zu Konsumenten-Typ 3 wurden zunehmend mehr Bekannte mit Drogenerfahrung angegeben, die Befragten des Opiat-Typs hatten ebenso viele user in ihrer Umgebung wie die Halluzinogen-Konsumenten.

Tab. 27: Die Drogenerfahrung im Bekanntenkreis der Befragten. Der geschätzte durchschnittliche Prozentsatz an Bekannten mit Drogenerfahrung bei den einzelnen samples.

| sample | geschätzter durchschnittlicher Prozentsatz |
|---|---|
| Gesamtkollektiv | 61 |
| 13 bis 19 Jahre | 66 |
| 20 bis 48 Jahre | 59 |
| C1-Gruppe | 51 |
| C2-Gruppe | 68 |
| 1 Probierer | 46 |
| 2 Cannabis-Typ | 52 |
| 3 Halluzinogen-Typ | 79 |
| 4 Opiat-Typ | 76 |
| Schüler | 69 |
| Studenten | 51 |
| Arbeiter, Angestellte, Lehrlinge | 64 |
| Ärzte | 34 |
| Künstler | 47 |
| andere Berufe[1] | 49 |

[1]Beamte, Lehrer, Selbständige

Eine Aufgliederung der Befragten nach Berufsgruppen wurde vorgenommen, um zu erfahren, wie hoch in diesen Gruppen der Anteil an Bekannten mit Rauschmittelerfahrung geschätzt wird. Am höchsten war dieser Anteil bei den Schülern (69 %), es folgen Arbeiter, Angestellte und Lehrlinge (64 %), Studenten (51 %), Beamte, Lehrer und Selbständige (49 %), Künstler (47 %) und Ärzte (34 %). Keiner der befragten Schüler hatte angegeben, daß seine Freunde alle ohne Drogenerfahrungen seien, 19 % der Schüler hatten nur Freunde mit Drogenerfahrungen.

Als "Bekannte" waren definiert der Freundeskreis, die näheren Arbeitskollegen, Klassenkameraden usw. Einige Befragte hatten ihre prozentuale Schätzung jedoch genauer unterteilt. So gab z. B. ein 18jähriger Schüler an, daß 100 % seiner engen Freunde

Konsumenten seien, 40 % seiner Bekannten und genau 48 % seiner Klassenkameraden. Ein anderer Schüler hatte 70 % Klassenkameraden mit entsprechenden Erfahrungen, seine sonstigen Bekannten hatten zu 20 % Drogen konsumiert. Zwei weitere 18jährige Schüler nannten folgende Zahlen: 1. Freunde 100 %, Schule 50 % und 2. enge Freunde 90 %, Klassenkameraden 40 %, frühere Klassenkameraden 10 %("Schulwechsel, weg vom spießigen Umgang in Tempelhof vor acht Monaten"). Ein 23jähriger Student schätzte, daß 90 % seiner engen Freunde und 50 % seiner Kommilitonen Drogenerfahrungen hätten. Ein 29jähriger Kunststudent gab an, daß 10 % seiner Bekannten regelmäßig Drogen konsumieren würden und 98 % gelegentlich. Eine 21jährige biologisch-technische Assistentin hatte 75 % Freunde mit Drogenerfahrungen, von ihren Arbeitskollegen hatte jedoch niemand Rauschmittel konsumiert.

Frage: Wissen Ihre Bekannten, daß Sie Rauschmittel nehmen? Wenn ja, was sagen sie dazu?

Alle Befragten gaben an, daß viele ihrer Bekannten von ihrem Drogenkonsum wüßten. 80 % meinten, daß ihre Bekannten nichts dagegen hätten, sogar dafür seien, da sie selbst konsumierten. 14 % meinten, ein Teil ihrer Bekannten seien dafür, andere dagegen. Nur bei 6 % der Befragten war der überwiegende Teil des Bekanntenkreises dagegen.

1.4.10. Verführung zum Opiatkonsum

Frage: Sind Sie schon von Opium- bzw. Heroinspritzern zur Teilnahme eingeladen worden?

Ein Viertel der Befragten des Konsumenten-Typs 1 bis 3 (25 %) gaben an, daß ihnen von Opiatkonsumenten eine Teilnahme am Fixen angeboten worden war, bei den 13 bis 19jährigen war es sogar jeder Dritte (33 %). Bei der C1-Gruppe waren 19 % irgendwann einmal der Versuchung einer Suchtstoffzufuhr ausgesetzt, bei der C2-Gruppe (ohne die Fixer) waren es 32 %. Von den jüngeren Cannabis-Konsumenten und von den Befragten, die mehrere Drogen genommen hatten, stand jeder Dritte bereits vor der Entscheidung, den Beginn einer Opiatsucht zu riskieren.

Tab. 28: Der Prozentsatz der Befragten, die von Opiatkonsumenten schon einmal gefragt wurden, ob sie am Opiatkonsum teilnehmen wollen.

| sample | männlich | weiblich | gesamt |
|---|---|---|---|
| Gesamtkollektiv | 29 | 17 | 25 |
| 13 bis 19 Jahre | 38 | 21 | 33 |
| 20 bis 48 Jahre | 23 | 18 | 21 |
| C1-Gruppe | 21 | 17 | 19 |
| C2-Gruppe | 35 | 22 | 32 |

## 2. Cannabis-Konsum

### 2.1. Beginn des Konsums

#### 2.1.1. Zeitpunkt des Beginns

Das Durchschnittsalter des Gesamtkollektivs betrug zum Zeitpunkt des Interviews 21,6 Jahre (männlich 21,5 Jahre, weiblich 21,9 Jahre), der Altersdurchschnitt bei Beginn des Drogenkonsums betrug 20,0 Jahre (männlich 19,9 Jahre, weiblich 20,4 Jahre). Der Beginn der Drogeneinnahme setzte in der Altersgruppe 14 bis 15 Jahre massiv ein. Die größte Zahl der Konsumenten hatte im Alter von 16 bis 17 Jahren mit der Rauschmittelzufuhr begonnen. Nur neun Befragte hatten nach dem 30. Lebensjahr zu Drogen gegriffen. Nähere Hinweise über den Altersaufbau des Gesamtkollektivs bei Beginn des Rauschmittelkonsums gibt Tabelle 29.

Tab. 29: Altersaufbau des befragten Gesamtkollektivs bei Beginn des Drogenkonsums. Anzahl der männlichen und weiblichen Befragten bei den einzelnen Altersklassen.

| Altersklassen Jahre | Anzahl der Befragten männlich | weiblich | gesamt |
|---|---|---|---|
| 12-13 | 4 | 3 | 7 |
| 14-15 | 17 | 12 | 29 |
| 16-17 | 38 | 10 | 48 |
| 18-19 | 28 | 8 | 36 |
| 20-21 | 24 | 10 | 34 |
| 22-23 | 15 | 12 | 27 |
| 24-25 | 20 | 5 | 25 |
| 26-27 | 6 | 5 | 11 |
| 28-29 | 7 | 2 | 9 |
| 30-31 | 3 | - | 3 |
| 32-33 | 1 | 1 | 2 |
| 34-40 | 1 | 1 | 2 |
| 40-48 | - | 2 | 2 |

### 2.1.2. Ort des Beginns

76 % der Befragten begannen mit ihrem Drogenkonsum in Berlin, 23 % außerhalb Berlins. 11 % hatten in der Bundesrepublik erstmalig Rauschmittel eingenommen, 12 % außerhalb der Bundesrepublik und West-Berlins. 8 % entfielen auf die Staaten Europas, 2 % auf den Nahen und Fernen Osten und Nordafrika und 2 % auf die USA und Kanada. 1 % machte keine Angaben über den Ort des ersten Konsums.
88 % der Befragten hatten Haschisch erstmalig im Privatkreis konsumiert (83 % geschenkt, 5 % gekauft), 12 % machten ihre erste Drogenerfahrung in öffentlichen Lokalen, auf der Straße oder in Parks (8 % geschenkt, 4 % gekauft).

Tab. 30: Ort der ersten Drogeneinnahme.

| Ort | männlich | | weiblich | | gesamt | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | n | % | n | % | n | % |
| Berlin | 120 | 73 | 58 | 83 | 178 | 76 |
| Bundesrepublik | 22 | 13 | 4 | 6 | 26 | 11 |
| Europäische Staaten | 14 | 9 | 5 | 7 | 19 | 8 |
| Naher und ferner Osten, Nordafrika | 3 | 2 | 1 | 2 | 4 | 2 |
| USA und Kanada | 3 | 2 | 1 | 1 | 4 | 2 |
| keine Angaben | 2 | 1 | 1 | 1 | 3 | 1 |
| Summe | 164 | 100 | 70 | 100 | 234 | 100 |

### 2.1.3. Erste Erwerbsart

91 % der Befragten hatten das Haschisch für ihren ersten Konsum geschenkt bekommen (männlich 90 %, weiblich 94 %), und zwar ausschließlich von Freunden, nicht von Drogenhändlern. Diejenigen, die das Haschisch für ihren ersten Konsum gekauft hatten (9 %), erhielten die Droge dagegen überwiegend von Dealern (vom Dealer 7 %, von Freunden 2 %). Bei den männlichen Befragten war der Prozentsatz derer, die sich das Haschisch für ihren ersten Konsum gekauft hatten, höher (10 %) als bei den weiblichen (6 %).

2.1.4. Neugier, Probierwunsch und Zögern

Frage: Waren Sie schon vorher auf Rauschmittel neugierig?
Frage: Seit wann hatten Sie vor, Rauschmittel zu probieren?
Frage: Zögerten Sie, Rauschmittel zu nehmen?

73 % der Befragten (männlich 71 %, weiblich 77 %) waren vor ihrem ersten Konsum auf das Rauschmittel neugierig, 60 % (männlich 62 %, weiblich 57 %) hatten bereits seit längerem vor, es einmal zu probieren, davon über die Hälfte seit mehr als einem Jahr (54 %). Ein Viertel aller Befragten (25 %) zögerten, als man ihnen zum ersten Mal Haschisch anbot. Von denen, die vorher neugierig waren, zögerten nur 21 %, von denen, die nicht neugierig waren, zögerten bei der ersten Einnahme dagegen 36 %. Von denen, die vorher neugierig waren, hatten 75 % den Vorsatz, einmal Haschisch zu probieren, von denen, die nicht vorher neugierig waren, hatten dagegen nur 22 % einen solchen Vorsatz. Daraus ergibt sich, daß Neugier bei der Entstehung des Vorsatzes ein Rauschmittel zu probieren, eine wesentliche Rolle spielt.

2.2. Fortgesetzter Konsum

2.2.1. Häufigkeit des Konsums

Frage: Wie oft nehmen/nahmen Sie Haschisch pro Woche oder pro Monat?

Das Rauchen eines Joints oder einer Pfeife wurde als eine Einnahme definiert, auch das Mitrauchen einer herumgereichten Haschischzigarette oder einer Gemeinschaftspfeife gehörte dazu. Das arithmetische Mittel des Cannabis-Konsums errechnete sich beim befragten Gesamtkollektiv mit 18 Einnahmen pro Monat. 44 % rauchten Haschisch etwa wöchentlich, 34 % täglich und 22 % monatlich.

Die 13 bis 19jährigen griffen monatlich durchschnittlich 22 mal zu Haschisch, die Älteren dagegen nur 14 mal. 43 % der unter 20-jährigen rauchten es täglich.

Jene, die ausschließlich Cannabis konsumierten, führten sich das Rauschmittel achtmal monatlich zu, die Konsumenten mehrerer Drogen dagegen 25 Mal. Über die Hälfte (53 %) der Befragten mit

polytropem Konsum hatte sich täglich mit Haschisch berauscht, bei den Interviewten mit ausschließlicher Cannabis-Orientierung dagegen nur 8 %. Diese Gruppe (C1-Gruppe) berichtete überwiegend wöchentlichen (51 %) und monatlichen (14 %) Konsum. Wie aus der Tabelle zu entnehmen ist, nahm von Konsumenten-Typ 1 zu Konsumenten-Typ 4 der gelegentliche Konsum kontinuierlich ab und der regelmäßige entsprechend zu.

Tab. 31: Durchschnittliche Anzahl der Cannabis-Einnahmen bei den einzelnen samples pro Monat.

| sample | männlich | weiblich | gesamt |
|---|---|---|---|
| Gesamtkollektiv | 19 | 13 | 18 |
| 13 bis 19 Jahre | 23 | 20 | 22 |
| 20 bis 48 Jahre | 17 | 8 | 14 |
| C1-Gruppe | 10 | 4 | 8 |
| C2-Gruppe | 26 | 20 | 25 |
| 1 Probierer | 3 | 6 | 4 |
| 2 Cannabis-Typ | 10 | 16 | 11 |
| 3 Halluzinogen-Typ | 32 | 19 | 29 |
| 4 Opiat-Typ | 43 | 30 | 39 |

Tab. 32: Konsumfrequenz von Cannabis. Verteilung der Konsumfrequenz-Kategorien bei den einzelnen samples in Prozent.

| sample | Konsumfrequenz-Kategorien in Prozent monatlich | wöchentlich | täglich |
|---|---|---|---|
| Gesamtkollektiv | 22 | 44 | 34 |
| 13 bis 19 Jahre | 4 | 43 | 43 |
| 20 bis 48 Jahre | 35 | 37 | 28 |
| C1-Gruppe | 41 | 51 | 8 |
| C2-Gruppe | 9 | 38 | 53 |
| 1 Probierer | 60 | 40 | - |
| 2 Cannabis-Typ | 34 | 55 | 11 |
| 3 Halluzinogen-Typ | 3 | 27 | 70 |
| 4 Opiat-Typ | - | 13 | 87 |

Ergänzend zu der von der Weltgesundheitsorganisation definierten Abhängigkeit vom Cannabis-Typ[1] kann auf Grund der Einnahmehäufigkeit eine Einteilung des Abhängigkeitsgrades vorgenommen werden. Für diagnostische, prognostische und gutachterliche Zwecke würde es sich empfehlen, wenn man die Abhängigkeit vom Cannabis-Typ mit ACT abkürzen würde und dahinter den Grad der Abhängigkeit in römischen Buchstaben anfügen würde. Obwohl die Einnahmehäufigkeit nicht das einzige Kriterium für den Abhängigkeitsgrad von einer Droge ist, sondern noch andere, zum Teil schwer eruierbare, individuelle und soziale Kriterien von Bedeutung sind, bietet es sich aus praktischen Gründen dennoch an, die Konsumfrequenz zur Bestimmung der Drogenbindung gelten zu lassen, da diese Größe zahlenmäßig leicht definierbar und bestimmbar ist. Aus den angegebenen Konsumfrequenzen der Befragten hatte sich zwangslos eine Einteilung in drei Abhängigkeitsgrade ergeben.
Die Probierer, die einmal oder wenige Male Cannabis versucht hatten, dann aber ihren Konsum wieder eingestellt hatten, können als nicht abhängig angesehen werden und gehören deshalb nicht in die ACT-Einteilung.

ACT I : Der Gelegenheits-Konsument, er raucht Haschisch monatlich ein- bis zweimal oder seltener, wenn sich zufällig Gelegenheit dazu bietet, sei es, daß er auf einer Party dazu eingeladen wurde oder sei es, daß er aus Interesse an den psychischen Cannabis-Effekten von Zeit zu Zeit mit der Droge experimentiert. Dieser Kategorie gehörten 22 % des befragten Kollektivs an.
Regel: Der Gelegenheits-Konsument raucht monatlich.

---

[1] Drug dependence of the cannabis type is a state arising from chronic or periodic administration of cannabis or cannabis substances (natural or synthetic). Its characteristics are(38):
a) Moderate to strong psychic dependence on account of the desired subjective effects.
b) Absence of physical dependence, so that there is no characteristic abstinence syndrome when the drug is discontinued.
c) Little tendency to increase the dose and no evidence of tolerance.

ACT II : Der Wochenend-Konsument, er raucht Haschisch mindestens dreimal pro Monat, jedoch höchstens dreimal pro Woche. Er berauscht sich zumeist am Wochenende mit Cannabis in entsprechender Weise, wie sich der größere Teil der Gesellschaft mit Alkoholika berauscht. Er lebt überwiegend in einer Umgebung, die dieses Verhalten toleriert oder sogar teilt. Die meisten von ihnen können ihre Konsumgewohnheiten mit ihren ausbildungsmäßigen und beruflichen Pflichten vereinbaren, einige fallen jedoch in der Schule oder bei der Arbeitsstelle durch einen Abfall der Leistungsfähigkeit auf. Insgesamt waren 44 % der Befragten Wochenend-Konsumenten.

Regel: Der Wochenend-Konsument raucht wöchentlich.

ACT III: Der Gewohnheits-Konsument, er raucht Haschisch täglich, mindestens jedoch viermal in der Woche. Ein Teil der Gewohnheits-Konsumenten bevorzugt die Abendstunden für den Cannabis-Rausch, da sie am Tage entweder keine Gelegenheit dazu haben oder weil sie gewohnt sind, sich erst am Abend mit ihren Freunden zu treffen. Ein anderer Teil nimmt dagegen im berauschten Zustand am Unterricht oder an der Arbeit teil, was besonders bedenklich ist. Nicht wenige gehen jedoch keinen regelmäßigen Beschäftigungen mehr nach, weshalb sie unabhängig von der Tageszeit zur Haschisch-Zigarette greifen können. 34 % des Gesamtkollektivs waren als Gewohnheits-Konsumenten zu bezeichnen.

Regel: Der Gewohnheits-Konsument raucht täglich.

Frage: Haben Sie die Häufigkeit der Rauschmitteleinnahmen gesteigert, eingeschränkt, oder nicht geändert?

32 % hatten die Häufigkeit ihres Cannabis-Konsums gesteigert, 18 % hatten den Konsum eingeschränkt. Die Hälfte der Befragten (50 %) hatten ihre Einnahmehäufigkeit nicht geändert. Die jüngeren Befragten hatten zu 48 % die Konsumfrequenz gesteigert, die älteren dagegen nur zu 23 %. Bei der C1-Gruppe hatten 20 % häufiger

geraucht als zuvor, bei der C2-Gruppe waren es mehr als doppelt soviele (44 %). Während 59 % der Befragten des Cannabis-Typs einen konstanten Konsum angaben, wiesen die Konsumenten-Typen 3 und 4 nur jeweils 29 % mit gleichbleibender Einnahmefrequenz auf.

Tab. 33: Die Änderung der Konsumfrequenz von Cannabis. Die Angaben bei den einzelnen samples in Prozent.

| sample | gesteigert | gesenkt | nicht geändert |
|---|---|---|---|
| Gesamtkollektiv | 32 | 18 | 50 |
| 13 bis 19 Jahre | 48 | 21 | 31 |
| 20 bis 48 Jahre | 23 | 15 | 62 |
| C1-Gruppe | 20 | 16 | 64 |
| C2-Gruppe | 44 | 20 | 36 |
| 1 Probierer | 7 | - | 93 |
| 2 Cannabis-Typ | 25 | 16 | 59 |
| 3 Halluzinogen-Typ | 49 | 22 | 29 |
| 4 Opiat-Typ | 47 | 24 | 29 |

2.2.2. Dosierung

Frage: Welche Einzelmengen nehmen/nahmen Sie jeweils zu sich?

Die Befragten konnten die für einen Rausch benötigte Menge Cannabis entweder in Gramm schätzen, oder die Anzahl der Joints oder Pfeifen angeben.
Die Auswertung der Gewichtsangaben ergab folgendes Bild: Das arythmetische Mittel der Gewichtsmengen war 1 Gramm. 32 % gaben an, ein halbes Gramm oder weniger zu nehmen, 33 % nahmen zwischen 0,6 und 1 Gramm, 21 % zwischen 1,1 und 2 Gramm und 14 % schätzten, über 2 Gramm pro Einnahme zu verbrauchen.
Während die Probierer jeweils durchschnittlich 0,6 Gramm Haschisch bei einer Einnahme verbrauchten, war die konsumierte Haschisch-Menge bei den Befragten des Halluzinogen-Typs und des Opiat-Typs doppelt so groß (1,3 g bzw. 1,4 g). Zwischen den zwei Altersgruppen bestanden hinsichtlich der konsumierten Einzeldosen keine

nennenswerten Unterschiede. Der Prozentsatz derer, die mehr als 2 Gramm Haschisch zu nehmen pflegten, war bei der C2-Gruppe (21 %) mehr als dreimal so hoch wie bei der C1-Gruppe (6 %). Jeweils mehr als ein Viertel (28 %) der Befragten des Halluzinogen-Typs und des Opiat-Typs nannten geschätzte Einzeldosen, die höher als 2 Gramm Haschisch pro Einnahme lagen.

Tab. 34: Die durchschnittliche Dosierung von Cannabis bei den einzelnen samples in Gramm.

| sample | durchschnittliche Dosierung in Gramm männlich | weiblich | gesamt |
|---|---|---|---|
| Gesamtkollektiv | 1 | 1,1 | 1 |
| 13 bis 19 Jahre | 1,1 | 1,2 | 1,1 |
| 20 bis 48 Jahre | 1 | 1 | 1 |
| C1-Gruppe | 1 | 1 | 1 |
| C2-Gruppe | 1,1 | 1,2 | 1,1 |
| 1 Probierer | 0,6 | 1 | 0,7 |
| 2 Cannabis-Typ | 0,9 | 1 | 0,9 |
| 3 Halluzinogen-Typ | 1,3 | 1,5 | 1,3 |
| 4 Opiat-Typ | 1,4 | 1,5 | 1,4 |

Tab. 35: Die Dosierung von Cannabis. Die Verteilung der Gewichtskategorien in Prozent der Angaben bei den einzelnen samples.

| sample | bis 0,5g | 0,6 - 1g | 1,1 - 2g | über 2g |
|---|---|---|---|---|
| Gesamtkollektiv | 32 | 33 | 21 | 14 |
| 13 bis 19 Jahre | 32 | 28 | 20 | 20 |
| 20 bis 48 Jahre | 28 | 38 | 23 | 11 |
| C1-Gruppe | 24 | 41 | 29 | 6 |
| C2-Gruppe | 35 | 27 | 17 | 21 |
| 1 Probierer | 43 | 43 | 14 | - |
| 2 Cannabis-Typ | 35 | 37 | 21 | 7 |
| 3 Halluzinogen-Typ | 23 | 28 | 21 | 28 |
| 4 Opiat-Typ | 27 | 18 | 27 | 28 |

Frage: Haben Sie die Einzelmengen gesteigert, gesenkt oder nicht geändert?

Die Dosierung wurde insgesamt von 20 % gesteigert und von 14 % herabgesetzt, zwei Drittel der Befragten (66 %) hatten die konsumierten Einzelmengen nicht geändert. Die Konsumenten des Halluzinogen-Typs und des Opiat-Typs änderten die Dosierung häufiger, als die der anderen samples, nur 48 % respektive 29 % hatten sie in der Zeit vor dem Interview nicht geändert. Sowohl der Prozentsatz derer, die die Dosis erhöht hatten, als auch derjenigen, die die konsumierten Einzeldosen verringert hatten, nahm von Konsumenten-Typ 1 zu Konsumenten-Typ 4 jeweils zu. Die jüngeren Befragten gaben häufiger eine Erhöhung der konsumierten Haschisch-Menge an (26 %) als die älteren (17 %), jedoch hatte auch ein größerer relativer Anteil der 13 bis 19jährigen die Dosis verringert (Tab. 36).
Insgesamt hatten 45 % der Befragten weder die Konsumfrequenz noch die Dosierung in der Zeit vor dem Interview geändert, das heißt, daß knapp die Hälfte des Gesamtkollektivs einen stabilen Konsum aufwiesen.

Tab. 36: Die Änderung der Dosierung von Cannabis. Die Angaben über das Konsumeverhalten in Prozent der einzelnen samples

| sample | Dosis erhöht | verringert | nicht geändert |
|---|---|---|---|
| Gesamtkollektiv | 20 | 14 | 66 |
| 13 bis 19 Jahre | 26 | 19 | 55 |
| 20 bis 48 Jahre | 17 | 11 | 72 |
| C1-Gruppe | 11 | 10 | 79 |
| C2-Gruppe | 29 | 18 | 53 |
| 1 Probierer | 6 | 7 | 87 |
| 2 Cannabis-Typ | 12 | 12 | 76 |
| 3 Halluzinogen-Typ | 34 | 18 | 48 |
| 4 Opiat-Typ | 47 | 24 | 29 |

### 2.2.3. Einnahmetechniken

Cannabis kann auf drei verschiedene Arten dem Körper zugeführt werden: 1. geraucht durch die Lunge (pulmonal), 2. durch Schlukken des puren Harzes oder in Speisen und Getränken verarbeitet (enteral) und 3. durch intravenöse oder intramuskuläre Injektion eines Cannabis-Extraktes (parenteral). Keiner der Befragten hatte sich Cannabis parenteral zugeführt. 99 % hatten die Hanfdrogen geraucht, für 88 % war dies die einzige Konsumart. 12 % hatten Erfahrungen mit gegessenem oder getrunkenem Haschisch, 1 % der Befragten hatte die Droge ausschließlich in dieser Weise eingenommen. Das bedeutet, daß ungefähr jeder zehnte Cannabis-Konsument (11 %) zwei verschiedene körperliche Zufuhrwege angeben konnte.

Tab. 37: Körperliche Zufuhrwege von Cannabis.

| Zufuhrwege | männlich | | weiblich | | gesamt | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | n | % | n | % | n | % |
| nur pulmonal | 144 | 88 | 63 | 90 | 207 | 88 |
| pulmonal und enteral | 19 | 11 | 6 | 9 | 25 | 11 |
| nur enteral | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 |
| Summe | 164 | 100 | 70 | 100 | 234 | 100 |
| pulmonal | 163 | 99 | 69 | 99 | 232 | 99 |
| enteral | 20 | 12 | 7 | 10 | 27 | 12 |

80 % hatten Cannabis mit der Pfeife geraucht, für 29 % war dies die einzige Rauchart. 71 % rauchten die Droge in einem Joint (Cannabis-Zigarette), 20 % bedienten sich ausschließlich dieser Technik. Daraus ergibt sich, daß die Hälfte der Befragten (51 %) zwei verschiedene Rauchtechniken beherrschten. 28 % derjenigen, die Cannabis in der Pfeife geraucht hatten, pflegten die Droge ausschließlich pur ohne Tabak zu rauchen.
Von denen, die eine enterale Einnahme berichtet hatten, gaben 59 % an, die Droge gegessen zu haben und 59 % hatten sie in trinkbarer Form (z. B. als Tee) konsumiert. Jeweils 41 % hatten ausschließlich Erfahrungen mit einer dieser beiden enteralen

Einnahmeformen, 18 % hatten Cannabis sowohl in fester, als auch in flüssiger Form ihrem Magen zugeführt.

2.2.4. Einnahmesituation, set und setting

Frage: Nehmen Sie Rauschmittel gewöhnlich allein oder mit anderen zu sich?

91 % der Befragten konsumierten Cannabis gewöhnlich in Gesellschaft mit Freunden und Bekannten, 9 % rauchten Haschisch öfter allein. Dieses Verhältnis 10 : 1 war bei allen samples annähernd gleich.

Frage: In welcher Situation nehmen Sie Rauschmittel?

34 % der Befragten gaben an, daß es für sie eigentlich keine bevorzugte Einnahmesituation gäbe, 27 % (männlich 24 %, weiblich 36 %) konsumierten bevorzugt in Gesellschaft mit Freunden und 12 % nur dann, wenn ihnen die Droge zur Verfügung stand. 7 % rauchten Cannabis nur, wenn sie Zeit und Ruhe dazu hatten, 6 % nur in angenehmer und freundlicher Umgebung und 6 % zum Musikhören und vor Konzerten. Jeweils 5 % griffen zum Rauschmittel, wenn sie Lust darauf hatten und 5 %, wenn sie frustriert oder deprimiert waren. Zum Entspannen und Ausruhen wurden von 4 % der Befragten Rauschmittel genommen. Weitere 4 % achteten auf ein günstiges setting, 2 % benutzten Drogen als Hilfen zum Diskutieren und Philosophieren. Ganz vereinzelt wurden genannt: Zusammensein mit bestimmten Personen, Alleinsein, gegen Hemmungen, bei der Arbeit, vor Entscheidungen und Umweltfaktoren als Auslösesituation.
Einige Antworten sollen wörtlich zitiert werden: "Zufällig, wenn welches da ist und nichts besseres zu tun ist", "es gibt keine Auslösesituation", "wenn Zeit und Stoff verfügbar", "wenn günstige Umstände zusammentreffen: Zeitfaktor, Stoff und Freunde", "möglichst immer in verschiedenen Situationen", "bei Entspannung, da sonst Depressionen", "nur in Gruppen", "in möglichst psychisch guten Situationen", "entweder zufällig oder wenn gerade Hemmungen abzubauen sind, z. B. sexueller Art".

Tab. 38: Situationen, in denen die Befragten Cannabis konsumieren. Es wurden einige Mehrfachnennungen registriert.

| bevorzugte Konsumsituationen | n | % |
|---|---|---|
| in keiner bestimmten Situation | 79 | 34 |
| in Gesellschaft mit Freunden | 46 | 27 |
| wenn ich "Stoff" bekomme | 28 | 12 |
| wenn ich Zeit und Ruhe dazu habe | 17 | 7 |
| in angenehmer und freundlicher Umgebung | 13 | 6 |
| wenn ich Musik hören will, vor Konzerten | 13 | 6 |
| wenn ich Lust dazu habe | 12 | 5 |
| wenn ich frustriert und deprimiert bin | 11 | 5 |
| wenn ich abschalten, entspannen, ausruhen will | 9 | 4 |
| wenn ich glücklich, unbelastet, ausgeruht bin | 5 | 2 |
| in guter Stimmung, wenn es mir gut geht | 5 | 2 |
| wenn ich diskutiere, philosophiere, experimentiere | 5 | 2 |
| wenn ich mit jemandem bestimmten zusammen bin | 3 | 1 |
| wenn ich alleine bin | 3 | 1 |
| wenn ich meine Hemmungen beseitigen will | 2 | 1 |
| während und nach der Arbeit | 1 | 0,5 |
| wenn ich Entscheidungen treffen muß | 1 | 0,5 |
| von Umweltbedingungen abhängig | 1 | 0,5 |

## 3. Motive

### 3.1. Motive für den Beginn des Drogenkonsums

Als häufigste Motive für den Beginn des Drogenkonsums wurden Neugier und Anpassung an Gruppennormen genannt. Die Neugier auf Drogen wurde nach Ansicht der Befragten bei ihnen vor allem dadurch geweckt, daß sie den Rauschmittelkonsum bei anderen sahen, aber auch durch persönliche Schilderungen von Rauscherlebnissen, durch reißerische Zeitungsberichte und nicht zuletzt durch aufdringliche Warnungen vor Rauschmitteln. Ein 20-jähriger Student äußerte dazu wörtlich: "Zuerst nahm ich Haschisch, um die verhetzte Wunderdroge selbst auszuprobieren, jetzt, um mir Vergnügen zu bereiten".

Mitmachen und Anpassung an das Verhalten anderer waren weitere Gründe für den Beginn des Drogenkonsums. Auch modische Aspekte, Geltungsdrang und der Wunsch, sich hervorzutun spielten dabei eine Rolle. Ein Teil der Befragten hatten zur Haschisch-Zigarette gegriffen, um damit gegen die Normen der Älteren zu opponieren. Diese Konsumenten fühlten sich häufig durch die Verbote und Kontrollen der Autoritäten unterdrückt, auch wollten sie die von der älteren Generation für sie bestimmten Rollen nicht akzeptieren.

### 3.2. Motive für die Fortsetzung des Drogenkonsums

Für den fortgesetzten Konsum konnten fünf verschiedene Motivgruppen ermittelt werden. Die Antworten der Konsumenten mehrerer Drogen bezogen sich sowohl auf ihren Cannabis-Konsum, als auch auf die anderen Rauschmittel.

#### 3.2.1. Hedonistische Motive

"Weil es Spaß macht" und "weil es Freude macht" waren sehr häufige Antworten auf die Frage nach den Motiven des Rauschmittelkonsums (35 Nennungen). Häufig waren auch Antworten wie "des schönen Gefühls wegen" und "weil es schön ist", ferner "zur Steigerung des Musikempfindens" und "um die Erlebnisfähigkeit zu verstärken". Hierbei spielt das Verlangen nach einer Erlebnis- und Genußsteigerung, das Streben nach einem Lustgewinn eine große Rolle. Das Ziel des Rausches ist eine gehobene Stimmungslage mit dem Erleben einer Euphorie oder von Glücksgefühlen ("high"). Auch der Wunsch nach einer Intensivierung der Sinnenempfindungen entstammt zum großen Teil hedonistischen Motiven.
Insgesamt nannten 48 % der Befragten hedonistische Motive für ihren Drogenkonsum.

| | n |
|---|---|
| weil es Spaß und Freude macht | 35 |
| des schönen Gefühls wegen, weil es schön ist | 29 |
| zur Steigerung des Musikempfindens | 22 |
| um fröhlich und lustig zu sein | 6 |
| um die Erlebnisfähigkeit zu verstärken | 6 |
| zur Steigerung des Sehens | 6 |
| weil ich Lust darauf habe | 4 |
| zur Steigerung des Sexualerlebens | 2 |
| Summe | 112 |

### 3.2.2. Emanzipatorische Motive

Als emanzipatorische Motive lassen sich jene Angaben zusammenfassen, die andeuten, daß sich der Konsument vom Gebrauch der Drogen eine Vertiefung oder Erweiterung seiner Erlebniswelt verspricht, ferner Hilfen zur Lösung spezifischer eigener oder allgemein menschlicher Fragen erwartet. Schließlich wird nicht selten eine Steigerung schöpferischer Funktionen angestrebt, z. B. durch die Haschischwirkung eine Ideensteigerung auf bildnerischem oder musikalischem Gebiet. In den ausgewerteten Fragebögen waren spezielle politische Intentionen als emanzipatorische Motive nicht genannt worden. An erster Stelle stand der Wunsch nach Veränderung des Alltagsbewußtseins, auch "Bewußtseinserweiterung" genannt (36 Nennungen). Das Verlangen nach einer Veränderung des konventionellen Denkens und Assoziierens wurde von 23 Interviewten als Grund für ihren Drogenkonsum angegeben, 13 Befragte meinten, mit Hilfe des Rauschmittels an sich selbst zu arbeiten,und 10 Personen benutzten es zur Introspektion und Meditation.
Insgesamt hatten 36 % der Befragten emanzipatorische Motive genannt.

| | n |
|---|---|
| zur Veränderung meines Bewußtseins | 36 |
| zur Veränderung des Denkens, der Assoziationen | 23 |
| um an mir persönlich zu arbeiten | 13 |
| um in mich selbst hineinzuschauen | 10 |
| zur Steigerung der künstlerischen Ausdruckskraft und der Phantasie | 3 |
| Summe | 85 |

### 3.2.3. Selbsttherapeutische Motive

Eine gewisse Rolle spielt auch die Vorstellung, daß eigene seelische Störungen durch Rauschmittel günstig beeinflußt oder in ihren Bedingungen erkannt werden können. So wird häufig erwähnt, daß man Aggressionen abbauen, Depressionen überwinden oder als abnorm empfundene seelische Zustände unter Rauschmittelwirkung selbst analysieren könne.

23 Befragte gaben an, sich mit Hilfe des Rauschmittels zu entspannen. An zweiter Stelle (17 Nennungen) folgte der Wunsch, mit bestehenden Sorgen besser fertig zu werden, zu vergessen. Diese 12 männlichen und 5 weiblichen Personen waren ganz offensichtlich auf der Suche nach einem "Fluchtmittel" nach einer "Vergessensdroge". 6 weitere Personen versuchten mit Hilfe der euphorisierenden Komponente von Cannabis gegen Einsamkeit und Depressionen anzugehen, 4 Interviewte bauten mit Hilfe von Haschisch ihre Komplexe ab, 4 erhöhten ihre Kommunikationsbereitschaft.
Auch das Bedürfnis, mittels des in der Regel gemeinschaftlichen Konsums von Rauschmitteln eine als negativ empfundene eigene Isolierung zu durchbrechen, wird immer wieder deutlich. Hier überschneidet sich das Motiv der Selbstbehandlung mit dem Bedürfnis nach einer Persönlichkeitsentfaltung in der Gemeinschaft. Dieses Streben wird verständlich, wenn man bedenkt, daß viele Konsumenten aus sogenannten "broken homes" stammen und bisher eine tragende zwischenmenschliche kommunikative Geborgenheit entbehrten. Verstärkend wirken hier bestimmte Riten, das Erlebnis gemeinsamer Gefahren, gemeinsame Entbehrungen und die Übereinstimmung im System der akzeptierten Werte.
25 % der Befragten nannten selbsttherapeutische Motive, einige Antworten sollen wörtlich wiedergegeben werden: "Weil ich mit meiner Umwelt besser fertig werde", "es reißt mich aus dem frigiden Alltag heraus" und "um die Kontrolle meines Verhaltens durch den Verstand abzubauen".

| | n |
|---|---|
| um abzuschalten, zu entspannen | 23 |
| um zu vergessen, um mit Sorgen besser fertig zu werden | 17 |
| zur Erhöhung der Kommunikationsfähigkeit | 4 |
| um meine Komplexe und Unsicherheit abzulegen | 4 |
| um ruhiger zu werden, um Aggressionen abzubauen | 3 |
| wegen Depressionen, aus Einsamkeit | 3 |
| um das triste Leben zu verschönen | 3 |
| zur Veränderung des Vegetativums, Regenerierung | 2 |
| Summe | 59 |

3.2.4. Anpassung

17 Befragte antworteten, daß das Streben "in" zu sein, für sie das eigentliche Motiv für den Drogenkonsum sei. Sie wollten von jenen Altersgenossen akzeptiert und anerkannt werden, die in ihren Gruppen Drogen gebrauchen, Beatmusik spielen, ein freies Leben schätzen und sich auch durch ihr Äußeres ein besonderes "Image" geschaffen haben. Diese jugendpsychologisch leicht durchschaubaren Wünsche spielen sicher öfter eine Rolle, als die Befragten zuzugeben gewillt waren. Man kann in diesem Zusammenhang durchaus von einer Mode sprechen, der vor allem die jüngeren Rauschmittelkonsumenten sehr zugänglich sind.

| | n |
|---|---|
| Mitmachen, Gruppendruck | 11 |
| aus Gesellschaft mit Freunden, Geselligkeit | 6 |
| Summe | 17 |

3.2.5. Protest

Protest als Motiv für die Einnahme von Drogen ist selten angegeben worden (4 Nennungen). Jedoch ist kein Zweifel, daß Rauschmittelkonsum ebenso wie eine Fülle anderer Verhaltensweisen im Bereich des Jugendprotestes davon bestimmt ist, den von Autoritäten geforderten Normen zuwiderzuhandeln und damit zu protestieren und zu provozieren.
Gelegentlich wird auch als Motiv angegeben, daß mit dem Rauschmittelkonsum gegen die heutige Gesellschaft und ihre Konventionen protestiert werde. Solche Bemerkungen sind manchmal verbunden mit Hinweisen auf die eigene Entwicklungsphase("Überwindung der Pubertät"). Wenn man die Antworten und ihre Hintergründe genauer prüft, stellt sich meist heraus, daß diese Protesthaltung allgemeiner Ausdruck eines phasenabhängigen Verhaltensmusters ist, das insbesondere die Ablehnung von Autoritäten wie Eltern, Lehrer und Vertreter der Obrigkeit einschließt. Diesen Autoritäten z. B. wird der Vorwurf gemacht, daß sie bei Diskussionen über Rauschmittel nicht in der Lage seien, mit konkreten Sachargumtenten zu arbeiten, sich vielmehr bei ihren Verboten allein auf ihre Autorität und auf veraltete Gesetze und Ideale berufen.

Es zeigte sich bei der Auswertung der Fragebögen, daß Protestmotive als Anlaß zum Rauschmittel-Konsum keineswegs die ihnen häufig zugeschriebene große Bedeutung haben.
Vergleicht man die Verteilung der Motivgruppen bei den verschiedenen samples, so kann man folgende Unterschiede feststellen: 1. Die jüngeren Befragten gaben häufiger selbsttherapeutische Motive an als die älteren, die älteren Konsumenten äußerten häufiger ein Interesse an neuen psychischen Erfahrungen. 2. Die Befragten mit ausschließlichem Cannabis-Konsum nahmen das Rauschmittel in der Mehrzahl aus hedonistischen Motiven, die Konsumenten mehrerer Drogen dagegen häufiger aus emanzipatorischen Motiven. 3. Hedonistische Motive wurden prozentual am häufigsten von den Konsumenten des Cannabis-Typs genannt, emanzipatorische Motive von den Befragten des Halluzinogen-Typs und selbsttherapeutische Motive von den Opiat-Konsumenten. Die Probierer hatten hauptsächlich zwei Gründe für ihre Konsumversuche genannt, zum einen die Neugier auf die Rauscheffekte und zum anderen das Nachgeben gegenüber den von Freunden an sie gestellten Erwartungen.

## 4. Cannabis-Effekte

Bei den Interviews wurde es den Befragten überlassen, die von ihnen selbst erlebten Wirkungen frei zu schildern. Es wurde bewußt vermieden, nach bestimmten, in der Literatur beschriebenen Wirkungen zu fragen. Diese Art der Erhebung läßt gewisse Rückschlüsse auf den subjektiven Stellenwert der verschiedenen Cannabis-Effekte bei den einzelnen Konsumenten zu. Anhand der Schilderungen wurden Tabellen angefertigt, die zunächst alle vorkommenden Bezeichnungen für bestimmte Wirkungen enthielten. Diese Urliste wurde vereinheitlicht, indem sich nur in der Art der Formulierung unterscheidende Wirkungsbezeichnungen zusammengefaßt wurden.
Die Befragten äußerten sich zu den Cannabis-Effekten bei ihrem ersten Konsum und bei späteren Einnahmen. Darüber hinaus schilderten sie die Nachwirkungen des Cannabisrausches und ihr gesundheitliches Befinden seit Beginn des Konsums. Viele gaben sehr

differenzierte Schilderungen der einzelnen Bedingungen, die die Cannabiswirkungen qualitativ und quantitativ zu modifizieren vermögen. Genannt wurden in diesem Zusammenhang vor allem die psychische Grundstimmung, aktuelle Umwelteinflüsse, die Dosierung und die Einnahmeart. Obwohl psychische und somatische Drogenwirkungen meist nicht voneinander zu trennen sind und sich häufig überschneiden, werden die angegebenen Wirkungen zur Erleichterung der Übersicht in Effekte auf das Vegetativum, die Motorik, die Sinne, das Gefühl, den Affekt, die Stimmung, die trieb-, affekt- und willensabhängigen Äußerungen und Handlungen und auf die Veränderungen von Wahrnehmung, Vorstellung, Denken, Gedächtnis und Orientierung eingeteilt. Diese Einteilung wurde nicht gewählt, um für oder gegen irgendeine Persönlichkeitstheorie zu plädieren, sie soll lediglich das Verständnis der so zahlreichen verschiedenen Cannabis-Effekte erleichtern.

### 4.1. Vegetative Cannabis-Effekte

In der Tab. 39 sind die von den Befragten angegebenen vegetativen Symptome angegeben. Übelkeit, Erbrechen und Schwindelgefühle stehen beim ersten Konsum im Vordergrund. Die Cannabis-Erfahrenen dagegen gaben diese Symptome nur vereinzelt an. Der erste Versuch zu "haschen" ist für den Neuling eine so große psychische und soziale Ausnahmesituation, daß dadurch viele unangenehme vegetative Reaktionen hervorgerufen werden können. Viele Anfänger trinken sich vor dem ersten "Kiffen" erst Mut an, ohne zu wissen, daß die Kombination von Alkohol und Haschisch zu Übelkeit und Erbrechen führen kann. Die meisten haben eine ambivalente Einstellung zu dem neuen Rauschmittel, sind sehr aufgeregt, zum Teil "völlig verkrampft". Sie konsumieren übergroße Mengen, um den lange ausbleibenden Wirkungseintritt doch noch herbeizuführen, oder sie rauchen trotz eingetretener Wirkung ständig weiter, da die auftretenden Effekte nicht ihren hochgespannten Erwartungen entsprechen.
Genauere Schilderungen des während des Rausches auftretenden Durstes lassen darauf schließen, daß es sich dabei weniger um ein zentralnervöses Durstgefühl, als vielmehr um eine Folge der

Trockenheit von Mund und Kehle handelt. Der Hunger, oft als ausgesprochener "Heißhunger" charakterisiert, führt zu einem regelrechten "Drang nach Süßem". Große Speisemengen werden deshalb im Haschischrausch mit ausgesprochenem Appetit verschlungen. Ein Befragter meinte, daß er auf einer "Kiffparty" zwar noch keine "Sexorgie", dafür aber umso öfter eine "Freßorgie" erlebt habe. Eine auf ihre schlanke Linie bedachte Studentin fürchtete,bei häufigerem Haschischkonsum "auseinanderzugehen wie ein Pfannkuchen".
Die während des Rausches anfallsweise auftretenden Steigerungen der Herzfrequenz gehen meist parallel mit psychischen Erregungszuständen. Eine Rötung der Augen kann mit dem Versiegen der Tränensekretion verbunden sein, während Augenbrennen überwiegend in rauchigen, warmen Räumen beobachtet wurde. Frieren hat eine starke psychische Komponente, da auch noch unter den dicksten Bettdecken ein Kältegefühl bestehen bleiben kann. Als eine der unangenehmsten Erscheinungen wird ein Kreislaufkollaps im Rausch angesehen, da er zu größten Todesängsten führen kann. Kreislaufschwache sind zwar besonders gefährdet, aber auch Kreislaufstabile können betroffen sein. Bei auftretenden Kopfschmerzen besteht insofern eine Beziehung zur Rauchtechnik, als dieses Symptom hauptsächlich beim Rauchen von Cannabis mit viel Tabak beobachtet wurde. Außer Schmerzen wurde auch ein "Kribbeln im Kopf" angegeben. Die durch den tief inhalierten und lange angehaltenen Rauch verursachte Bronchialreizung führt zu Hustenanfällen.
Als komplexer Bereich stellt sich die von vielen Konsumenten angegebene Müdigkeit dar. Während einige schon nach wenigen Zügen von einer starken Müdigkeit mit nachfolgendem traumreichen Schlaf befallen wurden, meinten andere wiederum, daß der Cannabis-Rausch bei ihnen eine bis in die Morgenstunden hinein anhaltende geistige Wachheit erzeuge, die von körperlicher Passivität begleitet sei, ähnlich den Übermüdungszuständen nach mehrtägiger Schlaflosigkeit. In diesem Zustand wird zumeist nachts sehr lange diskutiert oder Musik gehört, so daß bei der von vielen angegebenen "angenehmen Müdigkeit" nach Abklingen des

direkten Rausches nicht entschieden werden kann. ob diese in einem Kausalzusammenhang mit der pharmakologischen Wirkung der Droge steht. Auf Grund von Schilderungen einiger Cannabis-Konsumenten, die in ausgeruhtem Zustand Haschisch rauchten und ebenfalls eine Müdigkeit feststellten, kann jedoch angenommen werden, daß der Hanf eine hypnotische Wirksamkeit besitzt.

Tab. 39: Vegetative Cannabis-Effekte. Die Anzahl der Angaben der Effekte beim ersten Konsum, bei späteren Einnahmen und nach dem Rausch.

| Cannabis-Effekte | Beim ersten Konsum | Bei wiederholtem Konsum | Nach dem Rausch |
|---|---|---|---|
| Übelkeit, Erbrechen | 16 | 5 | 2 |
| Schwindelgefühl, Benommenheit | 13 | 4 | - |
| Trockener Mund, Durst | 7 | 7 | 4 |
| Hunger | 3 | 7 | 5 |
| Tachykardie | 2 | 4 | 1 |
| Körperprickeln | 3 | 3 | - |
| Rote, trockene Augen | 2 | 3 | 1 |
| Frieren | 1 | 4 | - |
| Kollaps | 1 | 3 | - |
| Kopfschmerzen | 2 | - | 2 |
| Husten | 2 | 1 | - |
| Müdigkeit | 12 | 10 | 66 |
| Tiefer, traumreicher Schlaf | - | 2 | 7 |

4.2. Motorische Cannabis-Effekte

In Tabelle 40 sind die motorischen Cannabis-Effekte zusammengefaßt. Zuckungen einzelner Muskelgruppen standen ganz im Vordergrund der motorischen Symptome. Sie verstärkten sich, ebenso wie das Zittern, mit der Zunahme der psychischen Anspannung.

Die Frequenz der motorischen Impulse variierte stark. Hochfrequentes Vibrieren einzelner Muskelbündel, der Gliedmaßen, des Kopfes und der Lider wurde ebenso angegeben wie niederfrequente und einschießende Muskelzuckungen. Die äußeren Umstände, die bei dem einen Befragten zu einer Lähmung und bei einem anderen zu Krämpfen führten, waren verworren und nicht in Einzelheiten zu überblicken.

Ein 26jähriger Mediziner schilderte die bei seinem ersten Cannabis-Konsum aufgetretene Lähmung dagegen genauer:

> "Ich war mit einigen Kollegen nachts am Strand. Wir hatten alle schon kräftig einen in der Krone und keine Lust mehr, weiterzutrinken. Einer hatte Haschisch mit,und ich rauchte es wie einige andere aus der Clique zum ersten Mal. Ich nahm etwa fünf bis sechs tiefe Züge aus dem ziemlich dicken Joint. Nach etwa drei Minuten stürzte ich wie ein gefällter Baum zu Boden und mußte mich kräftig übergeben. Die Übelkeit war von vorher nie erlebter Vehemenz. Ich lag etwa eine Viertelstunde da, ohne einen Finger krümmen zu können. Meine Atmung konnte ich nicht willkürlich beschleunigen oder vertiefen, weshalb ich trotz regelmäßiger flacher Inspiration glaubte, ersticken zu müssen."

Diese als "Curare-Effekt" zu charakterisierende Wirkung wurde von einigen anderen Interviewten ebenfalls andeutungsweise beobachtet, wobei diesen jedoch nicht klar war, ob es sich um eine echte Lähmung oder um eine Sperre des Willens, ähnlich der eines Katatonikers oder Hysterikers, handelte.

Einige Konsumenten gaben an, ihre Reaktionen im Cannabis-Rausch seien verlangsamt. Sie relativierten diese Angaben jedoch wieder, indem sie hinzufügten, daß dies wohl auf einer veränderten subjektiven Zeitempfindung beruhe. Ein Befragter verdeutlichte dieses Phänomen durch ein Beispiel: "Obwohl ich mich scheinbar wie im Zeitlupentempo bewegte, konnte ich dennoch eine zu Boden fallende Flasche noch im Fluge sicher auffangen".

Außenstehende beobachten bei den Berauschten auch weniger eine Verlangsamung der Motorik, als vielmehr des geistigen Rapports. So kommen zum Beispiel die Antworten auf an sie gerichtete Fragen verzögert. Die dennoch gelegentlich zu beobachtende geringe Verlangsamung der Bewegungen führen die Interviewten auf eine während des Rausches bestehende "Übervorsichtigkeit" zurück, die durch bewußte Beobachtung und Kontrolle der eigenen Bewegungen entsteht.

Tab. 40: Motorische Cannabis-Effekte. Die Anzahl der Angaben der Effekte beim ersten Konsum, bei späteren Einnahmen und nach dem Rausch.

| Cannabis-Effekte | Beim ersten Konsum | Bei wiederholtem Konsum | Nach dem Rausch |
|---|---|---|---|
| Zuckungen einzelner Muskeln | 5 | 10 | - |
| Verlangsamte Reaktionen | 2 | 5 | - |
| Unsicherer Gang | 2 | 2 | - |
| Zittern | - | 3 | - |
| Lähmung | 1 | 1 | - |
| Krämpfe | - | 1 | - |

4.3. Die Cannabis-Effekte auf die Haut- und Tiefensensibilität

Bei dem rein empirischen Vorgehen kann selbstverständlich nicht entschieden werden, ob die angegebenen Veränderungen der Sinnesempfindungen durch Änderung der Reizqualitäten am Empfangsorgan, bzw. peripheren Nervensystem hervorgerufen werden, oder ob lediglich eine Änderung der subjektiven Reizempfindung vorliegt. CALDWELL und MYERS (25) konnten bei experimentellen Prüfungen der Hörschwelle unter Marihuana-Einfluß keine objektive Verbesserung des Hörens feststellen, was eine Einordnung der Angaben über eine Intensivierung der akustischen und optischen Sinneswahrnehmungen bei den Wahrnehmungsstörungen als berechtigt erscheinen läßt. Auch die Veränderungen der Tast-, Druck- und Gewichtsempfindungen könnten rein subjektive psychische Wahrnehmungsstörungen sein, jedoch könnten sie ebenso auf Störungen einzelner sensibler Funktionseinheiten, wie zum Beispiel die Tiefensensibilität, zurückzuführen sein. Ein Konsument hatte während des Cannabis-Rausches das Gefühl, "leicht zu sein, wie eine Feder", ein anderer glaubte "auf Watte oder auf Sprungfedern zu laufen". Auch der entgegengesetzte Effekt wurde berichtet: "Mein Körper und meine Glieder waren zeitweise schwer wie Blei". Da zwei Befragte berichteten, daß sie während eines Haschischrausches umschriebene Sensibilitätsausfälle der Haut erlebt hätten, muß

vermutet werden, daß es durch Cannabis auch zu Störungen der peripheren Nervensysteme kommen kann und es nicht nur zentralnervöse Effekte sein müssen, die zu den beschriebenen Veränderungen der Sinneswahrnehmungen führen.

Tab. 41: Cannabis-Effekte auf die Haut- und Tiefensensibilität. Die Anzahl der Angaben der Effekte beim ersten Konsum, bei späterem Konsum und nach dem Rausch.

| Cannabis-Effekte | Beim ersten Konsum | Bei wiederholtem Konsum | Nach dem Rausch |
|---|---|---|---|
| Leichtigkeit, Schweben | 14 | 24 | - |
| Schweregefühl, schwere Glieder | 4 | 3 | - |
| Sensibilitätsausfälle | - | 2 | - |

4.4. Cannabis-Effekte auf das Gefühl, den Affekt und die Stimmung

Tabelle 42 gibt eine Aufstellung der Cannabis-Effekte auf das Gefühl, den Affekt und die Stimmung.
Der Ausdruck "high" weist auf den von nahezu allen Konsumenten erstrebten Cannabis-Effekt hin, der eine Erhöhung der Stimmungslage bedeutet. Einige Beispiele verdeutlichen die verschiedenen Intensitätsgrade, mit der diese Steigerung abläuft: "Fortfallen von Hast und Nervosität, Gefühl der inneren Ruhe", "etwas angeregt", "Wohlgefühl", "Wohlbefinden", "körperliches und geistiges Hochgefühl". Einige Konsumenten wiesen jedoch mit Nachdruck darauf hin, daß vor dem Rausch keine schlechte Grundstimmung vorliegen darf, sonst wird diese eher noch verstärkt.
Die seelische Verfassung und die umgebende Atmosphäre, "set" und "setting" genannt, haben nach Meinung der Befragten entscheidenden Einfluß auf den Verlauf des Rausches. Als besonders störend wird von den Cannabis-Berauschten die Anwesenheit von Alkohol-Berauschten empfunden. Auch eine "sterile bürgerliche Gummibaumatmosphäre" kann sich negativ auf das Rauscherlebnis auswirken, ebenso "dudelnde Radio-Unterhaltungs-Potpourri-Musik". Es besteht dabei die Gefahr "auszuflippen". "Darum", so meinten einige Konsumenten, "eignet sich Haschisch schlecht als Fluchtdroge".

Die häufigsten Ausdrucksformen der Stimmungs- und Affektänderung waren Fröhlichkeit, Ausgelassenheit, Albernheit und Lachen. Die Skala der Beschreibungen geht von "Fröhlichkeit" und "Albernheit, Bedürfnis nach ulkigen Wortspielen" über "Witzelsucht" und "stilles Lachen" bis hin zum "Lachdrang" und zur "Lachphase", oder gar zu "Lachkrämpfen", die gelegentlich zwanzig Minuten anhalten.
Der "Tranquilizier-Effekt" von Cannabis wird vor allem von den "Wochenend-Kiffern" dazu benutzt, um den durch die hektische Leistungsgesellschaft verursachten Stress zu mildern. Die entspannende Wirkung, die ein bis zwei Tage anhalten kann und nicht obligat ist, ist jedoch von verschiedenen Voraussetzungen, wie zum Beispiel der richtigen Dosierung, abhängig und kann bis zur völligen Passivität gesteigert werden. "Ruhig, ausgeglichen", "starke Geräusche stören nicht mehr", "Verschwinden aller Probleme", "Probleme, die normalerweise sehr groß zu sein scheinen, lassen sich leichter lösen", "Sorgen verschwinden", "wohlige Betäubung" und "wunschlos, leichter, freier" waren einige wörtliche Beschreibungen.
Die erhöhte Kommunikationsbereitschaft, von SPOERRI (133) als "affektiver Rapport" bezeichnet, erleichtert die gefühlsmäßige Kontaktnahme. Dazu einige wörtliche Äußerungen: "Erzähldrang", "mein Einfühlungsvermögen in andere ist verbessert", "gesteigerte Gesprächsbereitschaft und Diskussionsbereitschaft", "ein Gefühl der Unbefangenheit überfällt mich", "ich konnte mich herrlich in allen Sprachen unterhalten" und "fast unerträgliches Wohlbehagen, allgemeines starkes Glücksgefühl, ich liebte alle Anwesenden und hatte Zuneigung auch zu denen, die ich sonst nicht leiden kann". Ein 26jähriger Architekturstudent konstatierte "eine ganz neue Art von Kommunikation zwischen den Mitrauchenden", ein anderer Befragter meinte, daß "der Gruppenzusammenhalt größer" würde. Dieser Cannabis-Effekt wird besonders von den jüngsten und den gehemmten Konsumenten angestrebt, um vorhandene Hemmungen zu verringern.

Auch die Angaben über eine erhöhte sexuelle Bereitschaft sind hauptsächlich hier einzuordnen, da in den Schilderungen der Phänomene von einem dranghaften Sexualtrieb nie die Rede war. Ein 25jähriger Ökonomiestudent beschrieb diese Phänomene als "Leichtigkeit, Entspanntsein, Friede mit der Welt, Anlehnungsbedürfnis körperlicher Art, sexuell stimulierend im Sinne von enthemmend, kontaktfreudiger, bürgerliche Hemmungen werden überwunden auch gegenüber Männern", eine 25jährige Medizinstudentin verspürte "ein Zärtlichkeitsbedürfnis, ohne sexuell erregt zu sein". Eine 21jährige äußerte, daß sie im Rausch ein "starkes Anlehnungs- und Liebesbedürfnis" habe, ein 25jähriger sprach von "Harmonie". Die Schilderung eines jungen kaufmännischen Angestellten ist recht charakteristisch:

> "Da ich fast ständig einen, wenn auch leichten Rausch habe, steht meine Sexualität ebenfalls unter permanenter Einwirkung. Ich bin Frauen gegenüber viel freier und ungezwungener geworden. Ich habe beim Bumsen und Fummeln starke körperliche Empfindungen und einen intensiven, lange anhaltenden Orgasmus. Mein Sexualverlangen ist etwas stärker geworden, die Potenz allerdings nicht."

Herabgesetzte Kommunikationsbereitschaft und "affektive Verhaltenheit"(133) wurden als Cannabis-Effekt ebenfalls angeführt: "Die anderen gingen mir mit ihrem Gerede auf die Nerven", "einmal hatte ich den starken Wunsch, mich abzukaspeln und in eine Ecke zu verkriechen", "Distanz zur Umwelt, Unkenntnis der umstehenden Personen" und "Unabhängigkeit von der Umwelt, wohlwollende Distanz zu den Mitmenschen".

"Ständiger Wechsel von starkem Lachzwang und tiefem Betrübtsein", "depressiv-euphorisch", "Stimmungswellen und Gefühlswallungen" weisen bei einem Teil der Konsumenten auf eine ausgesprochene Affektlabilität während des Rausches hin.

Im Gegensatz zu den euphorisch gehobenen Stimmungen stehen schwermütig gedrückte Gefühlslagen, charakterisiert durch Melancholie, Traurigkeit, Einsamkeit, Verzweiflung, Unruhe und Angst. Dabei kann es Übergänge von einer dysphorischen Verstimmung bis hin zur länger andauernden Depression geben.

Tab. 42: Die Cannabis-Effekte auf das Gefühl, den Affekt und die Stimmung. Die Anzahl der Angaben der Effekte beim ersten Konsum, bei späterem Konsum und nach dem Rausch.

| Cannabis-Effekte | Beim ersten Konsum | Bei wiederholtem Konsum | Nach dem Rausch |
|---|---|---|---|
| Wohlbefinden, Euphorie, Glück | 16 | 40 | 11 |
| Fröhlichkeit, Ausgelassenheit | 28 | 42 | 1 |
| Entspannung, Entkrampfung | 12 | 27 | 14 |
| Erhöhte Kommunikationsbereitsch. | 9 | 21 | - |
| Erhöhte sexuelle Bereitschaft | 12 | 27 | - |
| Verringerung von Hemmungen | 3 | 6 | - |
| Intensivierung der Grundstimmung | 3 | 6 | - |
| Herabgesetzte Kommunikationsbereitschaft | 4 | 6 | - |
| Depressiv-euphorisch | 1 | 3 | - |
| Unruhe,Angst,Einsamkeit,Depressiv | 9 | 23 | 7 |

### 4.5. Cannabis-Effekte auf die trieb-, affekt- und willensabhängigen Äußerungen und Handlungen

Die Effekte auf die trieb-, affekt- und willensabhängigen Äußerungen und Handlungen werden in Tabelle 42 zusammengefaßt. Passivität, stilles Dasitzen und Sinnieren wurde von den meisten Cannabis-Konsumenten als eine jedem Menschen gelegentlich zustehende und erstrebenswerte Selbstverständlichkeit angesehen und deshalb nur von wenigen als hervorhebenswerte Rauschwirkung betrachtet. Passivität fällt in erster Linie dem außenstehenden Beobachter auf, der die Agilität des Alkoholrausches erwartet. Beim chronisch-exzessiven Haschischraucher wird die Passivität jedoch zu einem Dauerzustand, der ihn an der Bewältigung alltäglicher Anforderungen hindert. Die anhaltende allgemeine Verminderung der Aktivität kann zu einer Verlagerung der Interessen von praktischen und ökonomischen Bereichen auf philosophische und schöngeistige Gebiete führen, was meistens unvereinbar wird mit den Pflichten in Ausbildung und Beruf. Bei fortgesetztem Konsum

entsteht dann äußerlich das Bild einer antriebsschwachen oder sogar gleichgültigen Persönlichkeit.
Im Rausch selbst kann ein "Drang zu liegen" oder "gemütlich zu sitzen" vorherrschen, wobei auf dem Boden liegende Matratzen herkömmlichen Sitzmöbeln vorgezogen werden.
Die Aggressivitätsminderung kann als eine Folge des "Tranquilizer-Effektes", das heißt als Folge der entspannenden und entkrampfenden Wirkung von Cannabis angesehen werden. Eine 20jährige Drogistin, die eine "Erleichterung, Gelöstheit und Ausgeglichenheit" erlebte, war sogar "bereit, allen Menschen zu vergeben, auch wenn sie noch so blöde sind", sie hatte "das Gefühl, über den Dingen zu stehen". Eine 17jährige Schülerin meinte, daß "die ganze Erdbevölkerung angeturnt" werden sollte.
Die fast ausschließlich für die Zeit nach dem Rausch angegebene Aktivitätssteigerung bezog sich auf die Verwirklichung von während des Rausches diskutierten Plänen oder gefaßten Vorsätzen. Es handelte sich vorwiegend um Inspirationen künstlerischer Art. Ein junger Architekt verspürte "nach dem Kiffen einen regelrechten Tatendrang".

Tab. 43: Die Cannabis-Effekte auf die trieb-, affekt- und willensabhängigen Äußerungen und Handlungen. Die Anzahl der Angaben der Effekte beim ersten Konsum, bei späterem Konsum und nach dem Rausch.

| Cannabis-Effekte | Beim ersten Konsum | Bei wiederholtem Konsum | Nach dem Rausch |
|---|---|---|---|
| Passivität | 8 | 9 | 6 |
| Aggressivitätsverminderung | - | 4 | 1 |
| Aktivitätssteigerung | - | 2 | 6 |

### 4.6. Cannabis-Effekte auf die Wahrnehmung, die Vorstellung, das Denken, das Gedächtnis und die Orientierung

Als überhaupt häufigster Cannabis-Effekt wurde die Intensivierung der Sinneswahrnehmungen, besonders des Gehörs, angegeben. 47 Befragte (32 männliche, 30 weibliche) gaben eine Intensivierung

verschiedener Sinneswahrnehmungen beim ersten Konsum an, 100 Interviewte (70 männliche, 30 weibliche) bei späterem Konsum. Das "fast körperliche Empfinden der Musik und der Schallwellen in den Ohrmuscheln" bewirkte bei den meisten einen regelrechten "Drang nach Musik". "Einzelne Instrumente kann man besser auseinanderhalten" und "die Musik wird räumlicher" oder "scheint aus dem Gehirn zu kommen". Bei einigen wenigen führten Musik und Geräusche zu "einem Kribbeln im Kopf" oder gar zu der Charakterisierung der Töne als "überstark, übersteigert" oder "unerträglich".

Die optische Wahrnehmung erfährt ebenfalls eine Veränderung. Im Vordergrund stehen hierbei die Intensivierung der Farbempfindung für die einzelnen Farben sowie der Eindruck einer allgemein gesteigerten Farbigkeit der Umgebung. Bilder wirken oft auch "plastischer als sonst", was sich beim Zeichnen im Rausch etwa dadurch bemerkbar macht, daß die Perspektive und eine plastische Durcharbeitung der Zeichnung vernachlässigt werden. Ornamentales erfreut sich besonderer Beliebtheit bei Cannabis-Konsumenten, ebenso pflanzliche und strukturelle Muster.

Berührungsreize werden oft auf Grund der gesteigerten Sensibilität als "Hauterotik" empfunden und ersetzen nicht selten sogar die geschlechtliche Vereinigung. Die taktilen Empfindungen beim Geschlechtsverkehr werden ebenfalls als intensiviert geschildert, und eine 17jährige Schülerin "hatte nach dem Kiffen zum ersten Mal im Leben einen Orgasmus".

Veränderungen der Geschmacksempfindungen werden wie folgt beschrieben: "Die meisten Sachen schmecken besser". Am begehrtesten sind süße Speisen und Getränke und Milch. Nur die ebenfalls im Geschmack gesteigerten "Bitterstoffe im Bier und Wein erzeugen eine Aversion und verändern völlig den Geschmack".

Bewußtes Spüren der einzelnen Organe wird als "Körpergefühl" geschildert, es kann sowohl positiv als auch negativ empfunden werden. So kann zum Beispiel das Herunterschlucken des Speichels ein Gefühl erzeugen, als "würge man einen riesigen Kloß herunter". Der gefüllte Magen verursacht "ein schönes Gefühl im Bauch", die

Herzaktionen und Pulswellen ein "Maschinengefühl", die Peristaltik des Darmes ein "Arbeiten" oder "Rumoren" der Eingeweide.

Räucherstäbchen sollen nicht nur zur Tarnung den Haschischgeruch überdecken, sondern vor allem den verstärkten Geruchssinn erfreuen.

Als "Bewußtseinserweiterung" werden neben der Intensivierung der Sinnesempfindungen vor allem die Phänomene der Veränderung von Wahrnehmung, Denken, Gedächtnis und Orientierung bezeichnet. "Kleinigkeiten gewinnen an Bedeutung, es herrscht ein entkonditioniertes Bewußtsein". So werden zum Beispiel Gegenstände in der Umgebung nicht mehr als Objekte in einer Ganzheit wahrgenommen, sondern mehr als Einzelelemente eines Mosaiks. "Mein Blickfeld war in rechteckige Einzelbilder eingeteilt", schildert ein 27-jähriger Student dieses Phänomen, ein Maler sprach von "differenzierter Wahrnehmung". Die Erinnerungsbilder, die zur Erkennung von Formen herangezogen werden, sind entweder verblaßt oder durch andere ersetzt. Die Auffassung der gesamten Situation ist verändert, die "Identifikation mit Bildeindrücken" kann erleichtert, oder, wenn auch seltener, unmöglich sein.
Wahrnehmungen, Vorstellungen und Gedanken können intensiv erhöht aber auch erniedrigt erlebt werden (Aufmerksamkeits-, Konzentrationsveränderung). Die Konzentrationserhöhung, die mehr als"Überwachheit" geschildert wurde, ist zur Speicherung kontinuierlicher, komplexer Informationen unbrauchbar, da durch eine meist gleichzeitige Störung des Kurzzeitgedächtnisses die Gesamtauffassung längerer Reden oder Lernstoffe herabgesetzt ist. Dagegen eignet sich die Konzentrationserhöhung gut für die Aufnahme abstrakter Informationen, wie zum Beispiel von Musik.
Bei der Wahrnehmung von Farben, Tönen, Räumen, Gewichten oder Berührungen kann entweder nur die Qualität verändert sein, oder sie werden mißgedeutet in einer Art illusionären Verkennung.
Echte Halluzinationen wurden relativ selten geschildert, in den meisten Fällen handelte es sich eher um Pseudohalluzinationen, da die Unwirklichkeit der Trugwahrnehmungen erkannt wurde. Vor allem akustische und körperliche Sinnestäuschungen wurden genannt. Eine Studentin erlebte einige Male "ein Gefühl, Haare im Mund zu

haben" und versuchte immer wieder, sie aus dem Mund zu entfernen. Andere äußerten, "einen Kloß im Hals", "einen Kranz auf dem Kopf" oder "eine diagonal angebrachte Wirbelsäule" zu haben. Die Größe des eigenen Körpers oder einzelner Organe wird oft als verändert wahrgenommen: "Einige meiner Körperteile erschienen mir vergrößert und leichter", "erst völlige Veränderung der Körpergröße, dann Entschwinden meines Geistes aus dem Körper", "mein Kopf wurde zu einem riesigen Ballon ausgeweitet, die ganze Welt konnte sich darin abspielen".
Als eine Art "Reflexhalluzination" kann die Umsetzung akustischer Reize in rein körperliche Empfindungen angesehen werden: "Ich habe die Musik als Wellen durch den ganzen Körper gespürt, eine Art Orgasmus auf den Ohren, es war so intensiv, als ob die Musik an mir klebte".
In den Bereich der formalen Denkstörungen gehört das "schnelle Vergessen des vorher Gesagten". Einige Konsumenten vergaßen beim Erzählen im Cannabis-Rausch, was sie eigentlich hatten sagen wollen. Sie hielten dann kurz inne, und nach einigen Sekunden war das Denkziel meist wieder da. Ähnlich erging es ihnen auch, wenn andere etwas erzählten.
"Formulierungsschwierigkeiten" sind ebenfalls eine Folge formaler Denkstörungen, daneben kann jedoch ein "beschleunigtes Denken" vorliegen, bei dem sich die Gedanken geradezu jagen und eine "folgerichtige Entwicklung der Gedanken" dennoch möglich ist.

Merkfähigkeitsstörungen bezogen sich beim Sprechen auf vorher Gesagtes und bei Handlungsabläufen auf das Ziel der Handlung. Ein Konsument wollte im Rausch Getränke aus der Küche holen. Am Kühlschrank angekommen, wußte er jedoch nicht mehr, was er eigentlich in der Küche sollte.
Das Langzeitgedächtnis scheint dagegen oft sogar aktiviert zu sein, wie aus den Schilderungen spontan auftretender Kindheitserinnerungen oder vergangener Stimmungen hervorgeht. Eine junge Lehrerin erlebte Bilder aus ihrer Kindheit auf dem elterlichen Bauernhof, ein 20jähriger Drucker glaubte sich bei halbgeschlossenen Augen in sein Kinderzimmer zurückversetzt. Die zeitliche Orientierung ist relativ häufig gestört, oft "scheint die Zeit

dahinzufließen", "plötzlich einzufrieren" oder "eine Minute dauert so lange wie zehn Minuten".
Auch die örtliche Orientierung kann gelegentlich verloren gehen, besonders bei höheren Dosen oder bei abdomineller Einnahme von Cannabis. Durch Willensanstrengung und Konzentration ist sie jedoch wieder herstellbar.
Die Intensivierung der Phantasie und der Assoziationen wird von den Haschischrauchern als eine sehr angenehme Wirkung angesehen: "Sehr leicht, sich Phantasiebilder vorzustellen", "von mir selbst gesteuerte Wachträume", "schnelle Bildfolge und plastische Gedanken", "Phantasien von farbigen Mustern" und "meine Traumwelt wird in bewußtem Zustand erlebt". Ein Konsument sah "die Welt und die Mitmenschen wie in einer Glaskugel eingeschlossen, meine Augen beobachteten das alles wie durch ein Objektiv, dennoch war ich nicht von den anderen getrennt". Oft werden diese Erscheinungen als Halluzinationen bezeichnet, da den meisten der Unterschied zwischen Phantasiebildern und Halluzinationen nicht geläufig ist. Die fast ausschließlich bei geschlossenen Augen willentlich phantasierten Bilder, oft farbige Muster und Strukturen, haben starke Plastizität und ähneln den hypnagogen Halluzinationen vor dem Einschlafen und nach dem Aufwachen. Einige künstlerisch orientierte Konsumenten meinten, aus diesem Effekt eine Bereicherung ihrer Kreativität erfahren zu haben. Relativ häufig waren diese Vorstellungsinhalte auch sexueller Natur, eine 20jährige hatte zum Beispiel "Koitusvisionen und sexuelle Phantasien".
Durch plastische Schilderungen können den Berauschten leicht bestimmte Vorstellungen suggeriert werden, die "Vorstellungskraft ist erhöht". Introversion, Meditation und Selbstreflexion "halfen beim Nachdenken", "ich lernte beim Rauchen meine Empfindungen besser kennen", "ich machte wertvolle psychologische Entdeckungen".

Das Selbstwertgefühl unterlag hierbei starken Schwankungen. Durch ein "In-sich-selbst-Dringen und selbstkritisches Betrachten" kann es bei Tendenzen zu Insuffizienz- und Schuldgefühlen zu einer extremen Selbstverurteilung, bei Neigung zur Selbstüberschätzung

aber auch zu ausgesprochenen Omnipotenzgefühlen kommen. Man trieb "genaue Selbstbeobachtung, als ob ich neben mir saß" und fühlte sich "gut und vollkommen". Ein 24jähriger Student belehrte den Interviewer: "Man wird viel klüger, verdammt noch mal, rauch' es einmal selbst, dann weißt du es". Immer wieder äußerten Konsumenten, daß sie "auf Grund der bewußtseinserweiternden Wirkung allgemein besser durchblickten".
Ein Medizinstudent räumte zwar ein, daß bei täglichem Haschischgenuß eine "Innenweltabhängigkeit" entstehen könne, aber viele Befragte waren der Ansicht, daß durch Veränderungen des "reflektierenden Bewußtseins", durch "entkonditioniertes Denken und Assoziieren" und veränderte Wahrnehmung nicht nur neuartige Selbst- und Umwelterfahrungen gemacht werden können, sondern auch bessere Denk- und Erkenntnismöglichkeiten entstehen. Einige Erkenntnisse kommen "Evidenzerlebnissen" gleich: "Ich kann an der Mimik und an den Gesten der Menschen erkennen, welchen Charakter sie haben und ob ihre Äußerungen echt oder unecht sind", "momentane, deutliche und klare Erkenntnisse", "Entdecken der Weisheit und Praktizieren der Weisheit".
Die Übergänge von einfachen Veränderungen der Realitätsempfindung zu stärkeren inhaltlichen Denkstörungen sind fließend. Die Skala reicht von "geringer Wirklichkeitsentfremdung" über Wahnideen bis zu den meist von Ängsten begleiteten Wahnstimmungen: "Relativierung bestimmter Begriffssysteme", "als ob ich zwei Charaktere hätte", "das Gefühl, dem Körper entrückt zu sein" und "das Gefühl, in einer anderen Dimension zu sein".
Ein 22jähriger berichtet:

> "Ich war von meiner Fähigkeit, einen Gedanken bis ins Endlose verfolgen zu können, wunderbar fasziniert. Die Erkenntnis, daß das 'Rauschgift' Hasch bei mir keinen Rausch, sondern einfach das Begreifen der Realität bis ins Unreale möglich macht, hilft".

Eine Studentin fühlte sich im Rausch heimlich beobachtet und glaubte, daß die anderen über sie flüsterten, obwohl sie sich nur leise unterhielten. Eine Schülerin klammerte sich einmal krampfhaft an ein Tischbein, aus Angst, der Boden könnte sich unter ihr auftun.

Lediglich zwei Befragte hatten einen sogenannten "Echoeffekt" ("flash-back"), also eine Wiederkehr des gesamten Rausches oder einzelner Wirkungen. Hierbei spielen folgende Gesichtspunkte eine Rolle:

1. Am folgenden Tag nach einem "Kiffabend" kann sich ein leichter Cannabis-Rausch beim Trinken einer Tasse Kaffee oder beim Zigarettenrauchen einstellen. Auch eine stärkere Aktivierung des Kreislaufs durch Anstrengungen kann diesen Nachrausch herbeiführen, der meist nicht länger als eine halbe Stunde anhält. Dieser Effekt wird nur sehr selten beobachtet, wenn die letzte Cannabis-Einnahme mehr als einen Tag zurückliegt.
2. Unter bestimmten Bedingungen, zum Beispiel beim Anhören einer Schallplatte, die man sich bereits im Haschischrausch intensiv angehört hat, kann diese Erinnerung so stark werden, daß man zeitweise glaubt, wieder "high" zu sein. Eine Reihe typischer Cannabis-Effekte fehlen jedoch, wie zum Beispiel die Rötung der Augen. Auch kann das Rauschgefühl beim Entzug der auslösenden Faktoren rasch wieder verschwinden. Verschiedene akustische, visuelle oder rein psychische Wiederholungssituationen können dieses Echophänomen auslösen.
3. Bei Konsumenten von LSD und DOM kann, lange nach der letzten Trip-Einnahme, durch Cannabis ein Echoeffekt des Trips ausgelöst werden. Er unterscheidet sich von den Wiederholungsphänomenen der Hanfdrogen durch starke Halluzinationen und Wahnstimmungen. Überanstrengung, Übermüdung oder andere Streßsituationen begünstigen die Auslösung eines solchen Trip-Echos, gelegentlich sind sie sogar allein für dieses gefürchtete Phänomen verantwortlich.

Tab. 44: Die Cannabis-Effekte auf Wahrnehmung, Vorstellung, Denken, Gedächtnis und Orientierung. Die Anzahl der Angaben der Effekte beim ersten Konsum, bei späteren Einnahmen und nach dem Rausch.

| Cannabis-Effekte | Beim ersten Konsum | Bei wiederholtem Konsum | Nach dem Rausch |
|---|---|---|---|
| Intensievierung von Sinneswahrnehmungen: | | | |
| Gehör | 37 | 78 | - |
| Sehen | 10 | 15 | - |
| Alle Sinne | 3 | 18 | - |
| Berührungsreize | 1 | 5 | - |
| Geschmack | 2 | 3 | - |
| Vitalorgane (Magen,Darm,Herz) | 2 | 3 | - |
| Geruch | 1 | 2 | - |
| Aufmerksamkeit erhöht | 6 | 22 | 1 |
| Aufmerksamkeit herabgesetzt | 4 | 8 | 2 |
| Illusionäre Verkennungen | 3 | 9 | - |
| Halluzinationen, Pseudohalluzinationen | 1 | 4 | - |
| Gedankenabreißen | 2 | 5 | - |
| Phantasie u. Assoziationen intensiviert | 19 | 17 | - |
| Kreativität erhöht | 2 | 5 | - |
| Suggestibilität erhöht | - | 1 | - |
| Introversion, Selbstreflexion | 9 | 28 | 11 |
| Bewußtseinsveränderung | 3 | 18 | 3 |
| Evidenzerlebnisse | 2 | 13 | - |
| Realitätsempfindung verändert | 1 | 2 | - |
| Wahnvorstellungen | 3 | 7 | - |
| Merkfähigkeitsstörungen | 2 | 5 | - |
| Erinnerungen an Vergangenes | 1 | 7 | - |
| Zeitorientierung gestört | 2 | 12 | - |
| Örtliche Orientierung eingeschränkt | 2 | 6 | - |
| Echoeffekt | - | - | 2 |

5. Zwei Schilderungen des Cannabis-Rausches

Fall 1. (Tonbandinterview): Es handelt sich um eine 27jährige Frau mit wechselnden Beschäftigungen ("Schauwerbegestalterin, Werbedesigner, Grafikerin, Fotomodell, Mannequin, Putzfrau, Zimmermädchen, Blumenverkäuferin usw."), geschieden, ein Kind (zwei Jahre alt). Sie war seit einem halben Jahr auf Haschisch neugierig und hat es vor drei Monaten zum ersten Mal geraucht. Sie raucht es jetzt gelegentlich (ein- bis zweimal pro Woche) mit gleichgesinnten Freunden. Etwa 25 % ihrer Bekanntschaft sind Cannabis-Konsumenten.

"Beim ersten Mal hatte ich vor allem eine Intensivierung der akustischen Wahrnehmungen. Ich war nach dem Rauchen schön entspannt und in der Runde kam plötzlich eine große Heiterkeit auf. Bei späteren Malen hatte ich auch starke Farbwahrnehmungen und ein richtiges Glücksgefühl. Dabei kamen mir ganz fantastische Einfälle und viele Gedanken. Ich konnte alle Zusammenhänge besser erkennen, vor allem aber die Probleme der zwischenmenschlichen Beziehungen. Einzelne Körperteile erlebte ich sehr intensiv, zum Beispiel die Zunge, die Wange, den Mund, ja sogar einzelne Hautteilchen. Ein Rieseln lief ständig über die Haut, steil mehr feurig, teils mehr wie Kälteschauer. Ich sah starke Schwankungen und Bewegungen im Raum, der ab und zu in unendliche Ferne entschwand. Ich empfand die Eigenschaften und Eindrücke von den Leuten um mich herum entweder skurril, oder sie wurden mir überdeutlich bewußt. Ich hatte aber starkes Verständnis für sie, sogar liebevolle Gefühle ihnen gegenüber. Einmal hatte ich aber auch eine starke Ablehnung meinen Mitmenschen gegenüber erlebt. Schöne akustische und optische Eindrücke werden besonders eindrucksvoll, häßliche leider ebenfalls. Haschisch wirkt sich auf meine Sexualität positiv aus, es hebt die Verklemmtheiten und wirkt auch allgemein anregend. Ich rauche nur, wenn ich mit einigen Freunden zusammen bin, als Entspannung und zum Abbau von Aggressionen. Ich glaube, seitdem ich ab und zu kiffe, ist meine Produktivität, meine Initiative und mein Antrieb sogar größer geworden."

Fall 2. (handgeschriebener Text): Es handelt sich um eine 23-jährige Studentin der Psychologie, ledig, lebt zusammen mit ihrem Freund. Vor zwei Jahren hat sie zum ersten Mal Haschisch auf einer Gartenparty geraucht. Sie wußte vorher nur wenig über Cannabis und wurde erst am selben Abend darauf neugierig. Zur Zeit raucht sie etwa einmal wöchentlich, eher seltener, mit Bekannten an Wochenenden auf "Plattenpartys", gelegentlich auch mit ihrem Freund allein.

"Meine Empfindungen während oder nach einem Haschischrausch sind sehr vielfältig und oft sogar äußerst widersprüchlich. Es hängt jedesmal sehr von meiner Grundstimmung ab, aus der heraus ich zum Joint greife, ob die Erlebnisse romantisch, traurig, lustig oder unangenehm werden. So kann es geschehen, daß ich nach einigen Zügen meine Menschenscheu verliere, meine Umwelt mir freundlich erscheint und ich mich ihr gewachsen fühle. Verbale Kommunikation erfolgt zwanglos und unterbleibt hin und wieder, ohne daß eine Spannung entsteht. Es kommt jedoch zuweilen vor, daß Menschen von mir, die ich sonst tolerierte, ohne sie sonderlich zu mögen, plötzlich als störend empfunden werden. Ich fühle mich von ihnen beobachtet, jedes mir akustisch unverständliche Wort scheint gegen mich gerichtet zu sein. Aus diesen Erfahrungen heraus lade ich zu einem "Hasch-Abend" nur noch meine engsten Freunde ein, die ebenso wie gute Musik und eine romantische Umgebung zu schönen Rauscherlebnissen beitragen. Da mein Körper durch Haschisch sensibilisiert wird, empfinde ich Streicheln und andere zärtliche Berührungen als höchstes Glücksgefühl. Daher rauche ich gelegentlich mit meinem Freund im Bett einen Joint, wir liegen uns dann stundenlang in den Armen, und ich habe das Gefühl, auf Wellen auf und ab zu gleiten. Wir haben jedoch beide in diesen Stunden viel mehr den Wunsch nach Zärtlichkeit und Umarmung, als nach sexueller Vereinigung. Lachen und Weinen lösen sich während des Rausches oftmals scheinbar grundlos ab. Auch kann man mir eine bestimmte Stimmung suggerieren, ebenso wie man meine Phantasie so beeinflussen kann, daß ich in eine Art Hypnose verfalle. Einmal hat mir mein Freund suggeriert, daß die Topfpflanze auf dem Tisch ein großer Laubbaum sei, der in jeder Minute an Höhe gewinne, um bald das ganze Zimmer auszufüllen. Ich starrte auf die Pflanze, sehe sie wachsen und es schien mir völlig normal, jetzt unter diesem Baum zu liegen und zu ihm emporzuschauen, als plötzlich mein Freund mich anstieß und die ganze Gruppe lachte. Oftmals steigere ich mich auch allein in bestimmte Vorstellungen hinein und es ist dann schwer, Einbildung von tatsächlich Erlebtem zu trennen. Aber ist es überhaupt sinnvoll, hier eine Unterscheidung machen zu wollen?"

6. Vergleich der Effekte von Cannabis und von LSD

Da viele Konsumenten zur Zeit der Befragung LSD erst einmal genommen hatten, wurden auf die Frage nach den Effekten beim ersten LSD-Konsum etwa doppelt soviele Angaben gemacht, als über die Effekte bei späteren LSD-Einnahmen. Fast alle LSD-Erfahrenen äußerten, daß ausreichend dosierte Trips bereits bei der ersten Einnahme die volle Wirkung entfalten und eine Unterscheidung zwischen dem ersten Trip und späteren Einnahmen nicht sinnvoll

sei, da eigentlich jeder LSD-Rausch neu und völlig anders sei als die vorangegangenen. Da es aus diesen Gründen nicht sinnvoll gewesen wäre, zwischen dem ersten Konsum und späterer Einnahmen zu unterscheiden, wird im folgenden nicht zwischen den Effekten bei der ersten LSD-Einnahme und bei wiederholten Einnahmen unterschieden. Die Summe der Nennungen ergibt somit lediglich das relative Häufigkeitsverhältnis der einzelnen Wirkungen zueinander.
Während bei den Cannabis-Effekten die Intensivierung der akustischen Wahrnehmung an erster Stelle standen, waren bei den LSD-Wirkungen optische Phänomene am häufigsten. Bei den durch LSD verursachten Halluzinationen erschienen den Konsumenten "farbige Nebel, Spiralen, Sterne und Muster", "Lichtblitze und Flimmern", "erfreuliche oder schreckliche Visionen drängten sich auf". Auch wurden taktile Reize als farbige Bilder oder als sexuelle Empfindungen erlebt ("Hauterotik", "Genitalisierung des Körpers"). Auch optische Verzerrungen wurden häufig genannt: "Bewegungen wirkten wie zerhackt", "Fußboden, Wände und alle Gegenstände schienen zu atmen", "die Gesichter der Mitmenschen wurden zu grausamen Masken" oder "ein vor mir liegender Bleistift schien so groß wie ein Berg, der neben mir stehende Stuhl schien winzig wie eine Ameise in der äußersten Ecke des Zimmers zu stehen". Diesen insgesamt 110 Angaben über optische Phänomene nach der Einnahme von LSD stehen lediglich 4 Angaben über akustische Verzerrungen gegenüber. Akustische Halluzinationen wurden, obwohl sie zusammen mit optischen Halluzinationen auftreten können, nicht ausdrücklich genannt.
Einige Befragte gaben eine Intensivierung der optischen Wahrnehmung durch LSD an, sie sahen zum Beispiel während des Trips alle in der Umgebung herumliegenden Staubteilchen vergrößert ("Lupeneffekt"). Der wichtigste Unterschied zwischen den Effekten von Cannabis und von LSD liegt somit im Bereich der Wahrnehmung: bei Cannabis steht die Intensivierung der a k u s t i s c h e n Sinneswahrnehmung stark im Vordergrund, beim LSD dominieren o p t i s c h e Phänomene. Ein weiterer Unterschied

besteht darin, daß beim Cannabis-Rausch Fröhlichkeit, Ausgelassenheit und Lachen, also Stimmungs- und Affektfunktionen in der Häufigkeit an zweiter Stelle stehen, während beim LSD Wirkungen auf das Bewußtsein am zweithäufigsten genannt wurden ("Bewußtseinserweiterung"). Während bei Cannabis die meisten Änderungen im Bereich des Gefühls, der Affekte und der Stimmungen aufgetreten sind, traten beim LSD vor allem Wahrnehmungs- und Konzentrationsstörungen, formale und inhaltliche Denkstörungen und starke räumliche und zeitliche Orientierungsstörungen auf ("Einkehr in mystische Bereiche"). Allein 25 Angaben bezogen sich auf neurotisch-psychotische Angstreaktionen ("Horrortrip"), die mit Verkennungen, einem Verlust der Ich-Kontrolle und Depersonalisationserscheinungen einhergingen.

Tab. 45: Die angegebenen Effekte bei der Einnahme von LSD. In der ersten Spalte stehen die angegebenen Rauscheffekte, in der zweiten Spalte die Wirkungen nach dem Rausch.

| Effekte | Rausch-effekte | Effekte nach dem Rausch |
|---|---|---|
| Müdigkeit | | 11 |
| Erschöpfung | | 6 |
| Übelkeit | | 2 |
| Krämpfe | 1 | |
| Lähmung einzelner Glieder | 1 | |
| Sprachstörungen | | 1 |
| Intensivierung der Sinnesempfindungen | 17 | |
| Sehen kleinster Staubteilchen("Lupeneffekt") | 6 | |
| Schweben, Leichtigkeitsgefühl | 6 | |
| Sehstörung | | 1 |
| Sensibilitätsstörung | | 1 |
| Sexualität gesteigert | 4 | |
| Aktivität gesteigert | 2 | |
| Gleichgültigkeit | 2 | |
| Angst | 25 | |
| euphorisch-depressiv | 6 | |
| depressiv | 5 | 1 |
| "überwältigendes Erlebnis" | 11 | |
| Glück, Euphorie | 10 | 3 |
| Ekstase | 2 | |
| Lachphase | 11 | |
| erhöhte Kommunikationsbereitschaft | 2 | |
| erhöhte sexuelle Bereitschaft | 5 | |
| "Redetrip" | 3 | |

| Effekte | Rausch-effekte | Effekte nach dem Rausch |
|---|---|---|
| gesteigerte Emotionalität | 2 | 1 |
| gesteigerte Aggressivität | 1 | |
| gesenkte Agressivität | 1 | |
| Entspannung | 2 | 7 |
| erhöhte Konzentration | 3 | 1 |
| erniedrigte Konzentration | 6 | |
| optische Verzerrungen | 23 | |
| taktile Verzerrungen | 3 | |
| akustische Verzerrungen | 2 | |
| "Körpertrip" | 4 | |
| optische Halluzinationen | 71 | |
| taktile Halluzinationen (Synästhesie) | 6 | |
| gesteigertes Denken | 10 | 2 |
| Assoziationen und Phantasie gesteigert | 6 | |
| "Verwirrung", "Konditionierung verloren" | 3 | |
| Introversion, Selbstreflexion | 12 | 2 |
| verändertes Bewußtsein | 26 | 3 |
| "Horrortrip" | 25 | |
| Omnipotenzgefühle | 6 | |
| Evidenzerlebnisse | 4 | |
| psychotisch, paranoisch | 6 | 1 |
| "Zwänge" | 3 | |
| Todeswunsch | 2 | |
| "Naturtrip" | 3 | |
| Realitätsverkehrung | 1 | 1 |
| Erinnerung an vergangene Erlebnisse | 2 | |
| zeitliche Orientierung gestört | 7 | |
| örtliche Orientierung gestört | 7 | |

## 7. Den Cannabis-Rausch überdauernde Effekte

### 7.1. Unmittelbare Nachwirkungen

Müdigkeit war die häufigste Nachwirkung des Cannabis-Rausches. Sie wurde von 66 Befragten (29 %) angegeben. Diese "angenehme Müdigkeit", die nach einem vorangegangenen "Kiffabend" häufig über den ganzen folgenden Tag anhielt, wurde weniger als Erschöpfungszustand empfunden, vielmehr fühlten sich die Konsumenten in einer angenehmen Weise entspannt und entkrampft. 24 Befragte nannten "Entspannung" und "Entkrampfung" als unmittelbare Nachwirkungen des Haschischrausches, Wohlbefinden und Glücksgefühle wurden elfmal genannt. Weitere 11 Angaben bezogen sich auf "Introversion", "Nachdenken" und "Selbstreflexion". Sieben Konsumenten hatten nach dem Cannabis-Rausch eine "depressive Nachschwankung", die durch Unruhe, Angst, Einsamkeit und Depressionen gekennzeichnet war. Langer, tiefer und traumreicher Schlaf

wurde ebenfalls siebenmal genannt. Weitere sieben Personen berichteten, daß sie nach Abklingen des Rausches den Wunsch verspürt hätten, durch das Rauchen eines weiteren "Joints" den Rausch zu verlängern. "Passivität" und "gesteigerte Aktivität" wurden jeweils sechsmal genannt. Fünf Befragte berichteten, daß sie Hunger hatten, nachdem der Rausch vorüber war, vier Interviewte hatten danach Durst. Die Meinung, daß durch den Rausch eine Bewußtseinsveränderung erfolgt sei, wurde nur dreimal geäußert: "Ich blicke jetzt viel besser durch als vorher".
Jeweils zweimal wurden genannt: Kopfschmerzen, Übelkeit, Konzentrationsstörungen und Echoeffekt; Augenrötung, Herzrasen, Konzentrationserhöhung und Fröhlichkeit wurden je einmal angegeben.

7.2. Gesundheitliches Befinden der Konsumenten

Frage: Haben Sie eine Beeinträchtigung ihrer Gesundheit festgestellt?

12 % des befragten Gesamtkollektivs hatten diese Frage bejaht. 4 % der ausschließlich Cannabis konsumierenden Befragten (C1-Gruppe) hatten eine Beeinträchtigung ihrer Gesundheit festgestellt, bei jenen, die außer Cannabis noch andere Drogen konsumierten (C2-Gruppe), waren es dagegen 20 %. Vergleicht man die Anteile der Befragten mit einer gesundheitlichen Beeinträchtigung bei den verschiedenen Konsumenten-Typen, dann stellt man fest, daß ihr Prozentsatz von Gruppe zu Gruppe zunimmt. Während die Probierer keine gesundheitlichen Probleme angeben konnten, waren es beim Cannabis-Typ 8 %, beim Halluzinogen-Typ 15 % und beim Opiat-Typ sogar 47 %, die in gesundheitliche Schwierigkeiten geraten waren.

Tab. 46: Die Beeinträchtigung des gesundheitlichen Befindens der Befragten seit dem Beginn des Rauschmittelkonsums. Der Prozentsatz der Befragten mit einer Beeinträchtigung bei den einzelnen samples.

| sample | männlich | weiblich | gesamt |
|---|---|---|---|
| Gesamtkollektiv | 13 | 10 | 12 |
| 13 bis 19 Jahre | 14 | 17 | 15 |
| 20 bis 48 Jahre | 13 | 7 | 11 |
| C1-Gruppe | 3 | 7 | 4 |
| C2-Gruppe | 21 | 16 | 20 |
| 1 Probierer | - | - | - |
| 2 Cannabis-Typ | 9 | 7 | 8 |
| 3 Halluzinogen-Typ | 17 | 8 | 15 |
| 4 Opiat-Typ | 45 | 50 | 47 |

Frage: Waren Sie schon einmal in ambulanter oder stationärer ärztlicher Behandlung, seitdem Sie Rauschmittel nehmen?

8 % der Befragten hatten nach dem Beginn ihres Drogenkonsums ärztliche Hilfe in Anspruch genommen. Bei der C1-Gruppe waren es 1 %, bei der C2-Gruppe wares es dagegen 14 %. Die Probierer waren ohne ärztliche Hilfen ausgekommen, bei den Konsumenten des Cannabis-Typs hatten 2 % einen Arzt aufsuchen müssen, beim Halluzinogen-Typ waren es 12 % und beim Opiat-Typ 47 %. Etwa die Hälfte der Fixer (47 %) hatten eine Entziehungskur unternommen.

Frage: Hatten Sie schon einmal vor, sich in ärztliche Behandlung zu begeben, seitdem Sie Rauschmittel nehmen?

6 % der Befragten hatten die Absicht, sich in ärztliche Behandlung zu begeben. Der größte Anteil von Konsumenten mit dem Wunsch nach einer Behandlung war bei den Befragten des Halluzinogen-Typs zu finden (15 %). Bei den Opiatsüchtigen hatten nur 6 % den Vorsatz, sich in eine ärztliche Behandlung zu begeben.

Tab. 47: Der Prozentsatz der Befragten bei den einzelnen samples, die 1. seit Beginn ihres Drogenkonsums einen Arzt konsultiert hatten, 2. der Anteil der Interviewten mit Entziehungskuren und 3. die relativen Zahlen der Befragten, die den Wunsch nach einer ärztlichen Behandlung geäußert hatten.

| sample | waren beim Arzt | Entziehungskur | wollen zum Arzt |
|---|---|---|---|
| Gesamtkollektiv | 8 | 4 | 6 |
| 13 bis 19 Jahre | 10 | 5 | 7 |
| 20 bis 48 Jahre | 7 | 3 | 5 |
| C1-Gruppe | 1 | - | 2 |
| C2-Gruppe | 14 | 7 | 10 |
| 1 Probierer | - | - | - |
| 2 Cannabis-Typ | 2 | - | 2 |
| 3 Halluzinogen-Typ | 12 | 2 | 15 |
| 4 Opiat-Typ | 47 | 47 | 6 |

## 7.3. Änderungen im Alltagsleben seit Beginn des Rauschmittelkonsums

Frage: Hat sich etwas in Ihrem Alltagsleben geändert, seit Sie Rauschmittel nehmen?

Etwa die Hälfte der Befragten (47%) gab an, keine Änderung im Alltagsleben seit Beginn des Rauschmittelkonsums erfahren zu haben. 19 % der Befragten verspürten eine Verminderung der Agilität und der Initiative, 11 % fühlten sich ausgeglichener, gelassener, selbstsicherer und freier und 11 % gaben eine Steigerung des Reflektierens und des Grades der Bewußtheit an. 10 % erfuhren eine Erhöhung der Agilität, des Schaffensdranges, 9 % nannten eine Änderung der allgemeinen Lebenseinstellung, der Interessen und der Bezugsperson. Bei 7 % der Befragten soll eine Erhöhung des Wohlbefindens und eine Intensivierung des Erlebens eingetreten sein, 5 % gaben eine Verschlechterung des Verhältnisses zur sozialen Umwelt an. 4 % der Drogenkonsumenten hatten ihren Tagesrhythmus geändert und 1 % der Befragten meinten, daß seit dem Beginn der Rauschmitteleinnahme bei ihnen eine Verminderung der Denk- und Konzentrationsfähigkeit eingetreten sei.

Beim Vergleich der einzelnen samples ergeben sich hinsichtlich der Häufigkeit der angegebenen Änderungen im Alltagsleben folgende Unterschiede: 1. Die jüngeren Befragten hatten häufiger einen Verlust der Initiative und der Agilität berichtet als die älteren. Auch eine Änderung der allgemeinen Lebenseinstellung, der Interessen und der Bezugspersonen war bei ihnen nach dem Beginn des Drogenkonsums häufiger als bei den Erwachsenen. Insgesamt hatten mehr als zwei Drittel der "teens" (70 %) Änderungen im Alltagsleben genannt, bei den "twens" waren es dagegen weniger als die Hälfte (43 %). Allerdings war auch der Anteil derjenigen, die durch die Rauschmittel eine Steigerung des Reflektierens und des Bewußtheitsgrades erfahren haben wollen, bei den jungen Konsumenten größer (17 %) als bei den älteren (7 %). 2. Nur jeder fünfte (22 %) der ausschließlich Cannabis konsumierenden Befragten hatte die Frage nach Änderungen im Alltagsleben bejaht, von den Konsumenten mehrerer Drogen waren

es dagegen drei Viertel (75 %). Der polytrope Konsum war mit einer häufigeren Nennung folgender Lebensänderungen korreliert: Verminderung der Agilität und der Initiative, Änderung des Tagesrhythmus, Steigerung des Reflektierens und des Bewußtheitsgrades, Erhöhung des Wohlbefindens und Intensivierung des Erlebens und Erhöhung der Initiative. 3. Von Konsumenten-Typ 1 zu Konsumenten-Typ 4 war eine stetige Zunahme der Neuorientierungen nach dem Beginn des Drogenkonsums festzustellen.

Einige Antworten der Befragten sollen wörtlich zitiert werden:

"Seitdem ich Haschisch rauche, fühle ich mich ausgeglichener und gesünder, auch meine Magengeschwüre sind jetzt weg" (22jähriger Kellner). "Jetzt habe ich einen neuen Freundeskreis und meine Produktivität habe ich auf andere Dinge verlegt" (16jähriger Schüler). "Ich bin in der Schule unkonzentriert geworden, habe aber dafür zu mir selbst gefunden" (17jähriger Oberschüler). "Der gesellschaftliche Erfolg ist mir jetzt gleichgültiger geworden, meine Persönlichkeitsentwicklung dafür wichtiger" (ein aus einem Jugendheim entlaufener 15jähriger). "Ich habe meine malerischen und musikalischen Aktivitäten gesteigert, jedoch mit meinen Eltern gebrochen und meine Schule und die Lehre aufgegeben" (17jähriger Ex-Lehrling). "Haschisch und LSD führten mich zum Zen-Buddhismus und zur Existenzphilosophie, bin jedoch wieder davon abgekommen" (16jähriger Oberschüler). "Ich bin jetzt körperlich sehr abgeschlafft, habe aber starkes Interesse für Psychologie, Philosophie und Religionen entwickelt" (19jähriger Angestellter, der bereits Erfahrungen mit Haschisch, LSD, Opium und anderen Rauschmitteln hatte). "Verminderung der körperlichen Leistungsfähigkeit, Vertiefung der Gefühle" (20jähriger Arbeiter). "Erhöhte geistige Arbeit, Ausrichtung seelischer Energien auf philosophische Probleme, Abfall von den normalen Leistungsprinzipien" (18jähriger Oberschüler). "Antrieb, Initiative und Produktivität haben zugenommen, jedoch habe ich ein ausgeprägtes Schlafbedürfnis" (eine 20jährige Angestellte mit Haschisch-, Psychotonica-, LSD- und Opiaterfahrungen). "Ich bin toleranter gegen andere geworden, aber meine Schulleistungen ließen nach" (17jährige Oberschülerin). "Bin kritischer, lustiger und geistig produktiver geworden" (19jährige Schülerin). "Freiheitsgefühl, Vergnügen und Lebenserleichterung" ((19jähriges Mädchen). "Ich bin jetzt gelöster, Bereicherung der Rückzugsmöglichkeiten" (27jährige Bühnenbildnerin). "Ich bin jetzt gelassener, Produktivitätssteigerung" (29jährige Ärztin).

Tab. 48: Änderungen im Alltagsleben seit dem Beginn des Rauschmittelkonsums. Die Anzahl der Nennungen der einzelnen Änderungen.

| Änderungen im Alltagsleben | n |
|---|---|
| Produktivität, Antrieb und Leistungen gesunken, lascher | 28 |
| Produktivität, Aktivität, Leistungen und Antrieb erhöht | 17 |
| bewußter geworden, zu mir gefunden | 17 |
| ausgeglichener, gelassener, toleranter und ruhiger geworden | 15 |
| selbstsicherer und freier geworden, Komplexe und Hemmungen abgelegt | 11 |
| Freude am Denken, Denken gesteigert | 10 |
| mein Leben und meine Gefühle intensiviert | 8 |
| gleichgültiger geworden | 8 |
| Verhältnis zur Umwelt verschlechtert | 7 |
| Schule, Lehre oder Beruf abgebrochen | 6 |
| Interessen geändert | 6 |
| Kreativität erhöht | 5 |
| Tagesrhythmus geändert, Lebensrhythmus geändert | 5 |
| Lebensanschauung geändert | 5 |
| alles, das ganze Leben geändert | 4 |
| Initiative erhöht | 4 |
| Initiative vermindert | 4 |
| Konzentration und intellektuelle Fähigkeiten vermindert | 4 |
| positive Änderung | 3 |
| Musikverständnis erhöht | 3 |
| Konzentration erhöht | 2 |
| religiöser, philosophischer geworden | 2 |
| nervöser geworden | 2 |
| trinkt keinen Alkohol mehr | 2 |
| Sexualität vermindert | 1 |
| Angst | 1 |
| Wirklichkeitsentfremdung | 1 |
| Probleme erhöht | 1 |
| Verhältnis zur Umwelt verbessert | 1 |
| gesünder geworden (Magengeschwüre weggegangen) | 1 |
| ungesünder geworden (aß weniger) | 1 |

Tab. 49: Änderungen im Alltagsleben seit dem Beginn des Drogenkonsums. Die Antworten wurden in elf Kategorien eingeteilt und die prozentuale Häufigkeit der zu den einzelnen Kategorien gehörenden Antworten bei den verschiedenen samples berechnet. Die Summe der Prozentzahlen ist größer als Hundert, da Mehrfachnennungen berücksichtigt wurden.

| Änderungen im Alltagsleben | Ges.-kollektiv | 13 - 19 Jahre | 20 - 48 Jahre | C1-Gruppe | C2-Gruppe | 1 Probier. | 2 Can.-Typ | 3 Hall.-Typ | 4 Opiat-Typ |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| keine Änderung | 47 | 30 | 57 | 68 | 25 | 93 | 56 | 25 | 20 |
| Verminderung der Agilität, der Initiative | 19 | 30 | 13 | 13 | 26 | - | 13 | 28 | 47 |
| Erhöhung der Agilität, der Initiative | 10 | 14 | 8 | 6 | 14 | - | 10 | 13 | 12 |
| ausgeglichener, gelassener, selbstsicherer, freier geworden | 11 | 11 | 12 | 9 | 14 | - | 13 | 10 | 7 |
| Verschlechterung des Verhältnisses zur sozialen Umwelt | 5 | 7 | 3 | 2 | 7 | - | 3 | 7 | 6 |
| Steigerung des Reflektierens und des Bewußtheitsgrades | 11 | 17 | 7 | 2 | 19 | 7 | 7 | 19 | 6 |
| Verminderung der Denk- und Konzentrationsfähigkeit | 1 | 3 | - | - | 2 | - | 1 | 3 | - |
| Erhöhung des Wohlbefindens und Intensivierung des Erlebens | 7 | 7 | 7 | 3 | 10 | - | 8 | 7 | - |
| Verminderung des Wohlbefindens | 2 | 2 | 2 | 1 | 3 | - | 1 | 2 | 12 |
| Änderung der Lebenseinstellung, der Interessen, der Bezugspersonen | 9 | 11 | 6 | 6 | 10 | - | 5 | 12 | 23 |
| Änderung des Tagesrhythmus | 4 | 2 | 5 | - | 7 | - | 2 | 4 | 18 |

# V. D I S K U S S I O N

## 1. Zur Methodik

Das Ziel der Befragung bestand darin, erste Einblicke in die Berliner Drogenscene zu bekommen. Besonderes Interesse wurde dabei den mit Cannabis zusammenhängenden Problemen gewidmet.

Bereits zu Beginn der Untersuchung war nämlich klar, daß der Haschisch-Konsum weit verbreitet und durch eine genauere Beschäftigung mit dieser Droge der Zugang zu der weitgehend noch unbekannten Materie des Drogenkonsums Jugendlicher am ehesten möglich war.
Im Verlauf der Untersuchung stellte sich die Frage, ob es nachträglich möglich sei, zu den erreichten Konsumentenkreisen passende Kontrollgruppen zu finden. Theoretisch hätte man mit Hilfe des vorhandenen Fragebogens auch Erhebungen an Kontrollgruppen durchführen können. Diesem Vorhaben standen jedoch einerseits wegen der Fülle der gewonnenen Daten zeitliche Schwierigkeiten entgegen, andererseits führten methodische Überlegungen zu dem Ergebnis, daß bei dem angewandten "Schneeball"-, bzw."Lawinensystem" eine befriedigende statistische Paarbildung nicht zu realisieren war.
PFLANZ ( 113 ) ist der Meinung, daß die Auswahl von Kontroll- und Vergleichsgruppen das schwierigste Problem der epidemiologischen und klinischen Forschung ist. Die beiden Idealforderungen für Vergleichsgruppen - gesunde Durchschnittsbevölkerung und statistische Paarbildung (matching) - sind nicht in idealer Weise durchführbar. Die Cannabis-Konsumenten rekrutieren sich nicht aus der Durchschnittsbevölkerung, sondern aus ganz bestimmten Segmenten der Population, die von vornherein nach sozialen und individuellen Merkmalen in einem komplexen Selektionsprozeß ausgelesen sind. Wenn die statistische Paarbildung zu strikt durchgeführt wird, werden tatsächlich vorhandene Unterschiede zwischen Gruppe und Kontrollgruppe verschleiert.

Die von unserer Forschungsgruppe gewählte Methode , die Konsumenten illegaler Rauschmittel zu finden, hat, wie GOODE ( 20 ) betont, sowohl Vorteile als auch Nachteile. Bei einer Befragung durch einen völlig Fremden wird die potentielle Testperson normalerweise die Entdeckung durch die Behörden befürchten und ist entweder von vornherein nicht bereit, sich befragen zu lassen oder würde, falls sie bereit ist, ausweichende oder unehrliche Antworten geben. Bei den üblichen Befragungsmethoden wäre dann die Validität der gewonnenen Daten sehr fragwürdig gewesen. Die in der vorliegenden Studie angewandte Erhebungstechnik hatte dagegen den Vorteil, daß die Freunde und Bekannten der Konsumenten für die Glaubwürdigkeit und grundsätzliche Harmlosigkeit des Interviewers bürgten. Auf diese Weise war die Zusammenarbeit mit den Befragungspartnern sichergestellt. Außerdem konnte auf Personen verzichtet werden, die die Aufmerksamkeit irgendeiner Behörde auf sich gezogen hatten.
Der Nachteil dieser Technik, zu den Testpersonen zu gelangen, liegt darin, daß diese Befragung nicht repräsentativ für die Cannabis-Konsumenten im allgemeinen ist, sondern das befragte Kollektiv letztlich durch die Beschaffenheit des Bekanntenkreises des Interviewers geprägt wird. Daher müssen die vorläufigen Ergebnisse und die darauf gestützten Vermutungen und Hypothesen später mit genaueren Methoden geprüft werden.

Eine weitere Frage, die sich im Verlauf der Studie stellte, betraf die Validität der von den Konsumenten geschilderten Rauscheffekte. ANGRIST ( 6 ) konnte nachweisen, daß die von den Hippies berichteten subjektiven Wirkungen von Dimethoxymethylamphetamin (DOM, STP) von im Laboratorium ermittelten objektiven Effekten abwichen. Bei der vorliegenden Studie wurden die Wirkungen durch eine Befragung der Konsumenten ermittelt, nicht durch Experimente. Mitgeteilte Effekte, die auf Drogenwirkungen zurückgeführt werden, müssen als Behauptungen angesehen werden, solange sie nicht mit Hilfe valider Methoden objektivierbar sind. Sie können jedoch Suchvektoren liefern, die sich dann ihrerseits zur Formulierung neuer überprüfbarer Hypothesen eignen.
COPER (30 ) weist auf die spezielle Problematik hin, die sich

für die Forschung auf dem Gebiet der Rauschmittel, insbesondere des Haschisch, ergibt. Der Autor betont, daß pharmakologische Experimente, die zu begründeten Aussagen über substanz-spezifische Effekte führen sollen, unter standartisierten Bedingungen durchgeführt werden müssen. Die Ergebnisse müssen mit definierten Verbindungen unter Angabe der Dosis, der Applikationsart und -frequenz mit einer adäquaten, nachzuprüfenden Methode erhalten und jederzeit überprüfbar sein. Derartige Untersuchungen mit Haschisch-Inhaltsstoffen entsprechen jedoch nicht den Verhältnissen des tatsächlich geübten Haschischgebrauches in der Drogenscene. Der User konsumiert die Droge mit den verschiedenen Techniken, ohne etwas über deren Zusammensetzung oder die angewandte Dosis zu wissen und ohne eine gleichbleibende Applikationsfrequenz einzuhalten. Für eine objektive Beurteilung von Haschischeffekten bei den einzelnen Konsumenten fehlt also das für alle Pharmakawirkungen entscheidende Bezugssystem, die Dosis-Wirkungs-Beziehung.
Weiter weist COPER darauf hin, daß die Schwierigkeit der tierexperimentellen Haschisch-Forschung darin besteht, daß keine der mit pharmakologischen, neurophysiologischen und biochemischen Methoden im Tierversuch nachzuweisenden Rauschmittelwirkungen mit Sicherheit als Ausdruck für die vom Menschen erlebten Wirkungen auf das Bewußtsein gelten kann. Andererseits sind der Analyse spezifisch psychotroper Wirkungen beim Menschen enge Grenzen gesetzt, da sie sich in der Regel nur phänomenologisch descriptiv registrieren, zusammenstellen und ordnen lassen.

Die Anzahl der dabei beteiligten Variablen ist sehr groß, was die Erforschung von Drogenwirkungen besonders schwierig macht.

PFLANZ ( 113 ) relativiert die Validität von experimentellen Untersuchungen an freiwilligen Versuchspersonen. Er weist darauf hin, daß in einer Reihe von Studien nachgewiesen werden konnte, daß bei dieser Personengruppe der Anteil an Neurotikern, Psychopathen, Süchtigen und Perversen größer ist als in der gleichaltrigen Gesamtbevölkerung. Außerdem können freiwillige Versuchspersonen das Versuchsergebnis beeinflussen,da sie meist mit besonderen Motivationen beladen sind.

BROEREN und SCHMITT ( 19 ) geben in ihrem Aufsatz "Das pharmakologische Experiment als Beitrag zur pharmakopsychiatrischen Grundlagenforschung" einen Überblick über die bisherigen Resultate der methodischen Überlegungen. Einige wichtige Aussagen sollen daraus referiert werden, um damit die Komplexität der Drogeneffekte zu demonstrieren:
Unbekannt auf der Drogenseite (Input) ist die Dosis des wirksamen Prinzips. Je nach Herkunftsland, Alter, Qualität und Applikationsart kann die Droge sehr unterschiedliche Wirkstoffmengen enthalten.
Unbekannt auf der Konsumentenseite sind sowohl die Momente der überdauernden Wesensart, als auch die Momente aktueller Befindlichkeit. Die Droge als Sender von dosisabhängigem psychischem und physischem Wirkungspotential trifft beim Konsumenten auf ein psychisches und physisches Ganzes von jeweils aktueller und überdauernder individueller Eigenart. Zeigt der Konsument nach der Drogeneinnahme eine festumrissene Reaktionsweise, so müßte deren Konstanz geprüft werden. Bei Konstanz würde ein "genereller Effekt", bei Abhängigkeit von spezifischen aktuellen Befindlichkeiten ein "spezieller Effekt" vorliegen. Beobachtete man bei mehreren Personen einen "generellen Effekt", müßte man von einem "differentiellen Effekt als typische Reaktion einer Gruppe" sprechen, beobachtete man ihn bei allen Konsumenten, dann läge ein "universeller Effekt" vor.

Die Droge passiert im Körper zuerst ein "somatisches Dunkelfeld" (Membranen, Blut, Organe), bevor sie ein "pharmakogenes Primärsyndrom" auslöst (psychische, vegetative und motorische Effekte). Nach dem Passieren einer zweiten "somatischen Dunkelzone" verlassen die Droge und ihre Umbauprodukte den Körper (output), oder sie verbleiben teilweise oder vollständig darin.
Nun muß sich zeigen, ob "drogenüberdauernde Effekte" auftreten. Sollten sie vorhanden sein, so müßte geforscht werden, ob es "generelle" oder "universelle" Effekte sind, ob sie variabel oder invariabel sind, ob sie passager oder permanent sind, ob sie selbständig reversibel, durch Therapie reversibel oder irre-

versibel sind und ob sie auch bei Gesunden, oder nur bei Prämorbiden (latent Morbiden) auftreten.

Die Erforschung der Cannabis-Effekte beim Menschen ist heute noch davon entfernt, solchen Ansprüchen zu genügen. Umso wichtiger sind deshalb vorläufig die Ergebnisse der empirischen Befragung von Cannabis-Konsumenten, die, zusammen mit den Ergebnissen experimenteller Studien, den Weg zu der angestrebten Synopsis ebnen helfen.

Die spontane Entscheidung der Konsumenten, selbst erlebte Wirkungen zu erwähnen, ist abhängig von dem Stellenwert, den diese Wirkungen beim Befragten haben. Vergleicht man die hierbei erhaltenen Ergebnisse mit denen, die unter Laborbedingungen gewonnen wurden, so erscheinen bei der eigenen Auswertung die subjektiv als positiv empfundenen Effekte relativ häufiger. Dies ist nicht zuletzt darauf zurückzuführen, daß beim Cannabis-Rausch äußere Bedingungen (setting) das Wirkungsbild zu beeinflussen vermögen. Obwohl bei der in dieser Studie angewandten Ermittlungsmethode der Drogeneffekte die subjektive Komponente der Befragten ein bedeutender Faktor ist, so ist zum Verständnis der Rauschmittelwirkungen ein solcher methodischer Zugang nicht nur berechtigt, sondern führt vielleicht zu wesentlicheren Einsichten als das Experiment.

Der Befragungszeitraum lag zwischen dem 1.11. 1969 und dem 31.3. 1970. Zwischen dem Beginn der Vorbereitungsarbeit für diese Erkundungsstudie im Sommer 1969 und der endgültigen schriftlichen Zusammenfassung der Untersuchungsergebnisse im Sommer 1972 liegt somit ein Zeitraum von rund drei Jahren. In dieser Zeit wurde im Institut kontinuierlich an den Problemen des Drogenkonsums Jugendlicher weitergearbeitet, auf den Gebieten der Prophylaxe, der Forschung und der Therapie. Diese Erfahrungen werden, ebenso wie zahlreiche in der Zwischenzeit erschienene Publikationen auf diesem Gebiet, bei der Diskussion der Untersuchungsergebnisse berücksichtigt. Der Überblick über einen größeren Zeitraum ist insofern wertvoll, als die Entwicklung auf dem Drogensektor sehr dynamisch verläuft, sowohl hinsichtlich der Art der konsumierten

Drogen als auch der Einstellungen und Motivationen der Konsumenten selbst.
Der Mediziner wird sein Augenmerk in erster Linie auf die gesundheitlichen Aspekte des Drogenkonsums lenken. Er darf jedoch die "nichtmedizinischen" Bereiche dabei nicht vernachlässigen, sondern wird bemüht sein, die Phänomene in ihrem Kontext zu sehen. Daher umfaßte das Fragenspektrum medizinische, soziologische, psychologische und andere Fragen. Dieses Vorgehen erschien geeignet, das Bild des Drogenkonsumenten deutlich werden zu lassen.

## 2. Die Ursachen, Motivationen, Effekte und Auswirkungen des Drogenkonsums unter besonderer Berücksichtigung von Haschisch und Marihuana

Die Ursachen und Motivationen des Drogenkonsums sind ein mehrdimensionales Problemfeld. Dabei sind drei variable Faktorengruppen zu berücksichtigen ( 39 ):

1. die spezifischen Besonderheiten des Sozialfeldes
2. die spezifischen Persönlichkeitseigenschaften des Konsumenten
3. die spezifischen Wirkungen der Droge

Im Einzelfall können diese Faktoren unterschiedliche Bedeutung haben.
Soziale, psychologische oder pharmakologische Argumente allein können jedoch niemals klären, warum jemand regelmäßig zu Drogen greift. Will man den Ursachen der Drogenabhängigkeit auf den Grund gehen, so sind alle kulturellen, sozialen, wirtschaftlichen, demographischen, pharmakologischen und persönlichen Faktoren gleichzeitig in Betracht zu ziehen. Dabei sind die persönlichen Eigenschaften und die zwischenmenschlichen Beziehungen des erstmalig mit einer Droge Experimentierenden von Bedeutung, ebenso der soziale Druck, den seine Gruppe auf ihn ausübt, die kulturell bedingten Sitten und die moralischen Einstellungen,

der Umfang und die Genauigkeit seines Wissens über die Drogenwirkungen, die Verfügbarkeit der Droge und die gesetzlichen Bestimmungen.( 2 ).
Bisher wurde bei der Untersuchung dieser Faktoren meist so verfahren, daß man den Konsumenten fragte, warum er Drogen nehme. Die Antworten der Befragten bezeichnete man dann als "die Motive des Drogenkonsums".
Da genauere Analysen der sozio-kulturellen und sozio-ökonomischen Hintergründe des Drogenkonsums Jugendlicher bisher kaum Eingang in das öffentliche Bewußtsein gefunden haben, wurden diese Motive weitgehend als ursächliche Bedingungen der Drogenbindung angesehen.
Die von den Konsumenten angegebenen Begründungen für ihren Drogenkonsum sind jedoch häufig nur von anderen übernommene Scheinmotive, ideologisch überbaute Rechtfertigungsversuche oder subjektive Verbalisierungen vermuteter eigener Motivationen. Welche echten Motivationen in Wahrheit für den Drogenkonsum der Befragten verantwortlich sind, vermögen sie, da es meist unbewußte Motive sind, nicht zu sagen.
Die Motivationsforschung auf dem Drogensektor ist in Deutschland relativ neu und steht vor großen Aufgaben. Einige Schwierigkeiten sollen kurz gestreift werden.
Bisher gibt es noch kein Instrumentarium zur Erforschung des "Motivationswandels" , der sich in der Zeit zwischen der ersten Drogeneinnahme und der darauf folgenden Fortsetzung des Konsums vollzieht.
Da meist mehrere unterschiedlich wirkende Drogen konsumiert werden, ist schwer zu beurteilen, welche Motivationen dem Konsum der einzelnen Drogen zugrundeliegen.
Die Ursachen des Drogenkonsums stehen im Spannungsfeld heftiger theoretischer Auseinandersetzungen zwischen den Verfechtern unterschiedlicher ideologischer Standpunkte.
Dem europäischen Anlage-Umwelt-Streit und dem amerikanischen Soziogenese-Psychogenese-Streit kann man zwar aus dem Wege gehen, indem man den Drogenkonsumenten, wie den Menschen überhaupt, als ein "biosoziales Kontinuum" betrachtet, dessen Drogenabhängigkeit in Analogie zu FREUDs ( 42 ) "Ergänzungsreihen" sowohl von sogenannten akzidentellen als auch von konstitutio-

nellen Faktoren verursacht wird. Eine solche ganzheitliche Problemreflexion erfordert jedoch wegen der unterschiedlichen Sachkompetenzen eine interdisziplinäre Zusammenarbeit von Fachleuten zahlreicher naturwissenschaftlicher und geisteswissenschaftlicher Forschungsbereiche. Ohne eine derartige Verfahrensweise wird es kaum gelingen, den Stellenwert und die Wechselbeziehungen der einzelnen Faktoren des Drogenkonsums zu erkennen.

## 2.1. Der soziale Kontext des Drogenkonsums

Bei der vorliegenden Erkundungsstudie hatten die meisten Drogenkonsumenten Neugier als Motiv für ihren ersten Rauschmittelkonsum genannt (73 %).
Neugier war auch bei den von WANKE und Mitarbeitern (136, 142, 143), WETZ (148), JASINSKY (71) und anderen Autoren durchgeführten Befragungen die häufigste Begründung der ersten Drogeneinnahme. Nachahmung, Anpassung und der Wunsch, "in" zu sein, folgten in der Häufigkeit der Motivangaben an zweiter Stelle. Auch bei dem von WANKE und Mitarbeitern (136, 142, 143)untersuchten Kollektiv waren diese Motivationsnennungen nach der Neugier die häufigsten Begründungen für den Beginn des Drogenkonsums.
Ein sehr bedeutsamer Aspekt des Cannabis-Konsums ist die Tatsache, daß dieses Rauschmittel überwiegend in Gruppen konsumiert wird. 91 % der Befragten hatten das Haschisch für ihren ersten Konsum von ihren Freunden geschenkt bekommen, 88 % hatten es erstmalig in einem privaten Kreis konsumiert. 91 % rauchen ihre Haschisch-Zigaretten meist gemeinsam mit Freunden, durchschnittlich 61 % der Freunde und Bekannten der befragten Konsumenten waren ebenfalls Rauschmittel-User. Bei 80 % der Befragten billigten oder unterstützten deren Freunde den Drogenkonsum, nur bei 6 % waren die Freunde überwiegend dagegen.
Unentgeltliche Weitergabe von Rauschmitteln, z.B. beim Weiterreichen von Pfeifen oder Joints, sowie gelegentliches Verschen-

ken kleinerer Stoffmengen hatten nahezu alle Befragten angegeben.
Wer junge Rauschmittelkonsumenten auf einer Vertrauensbasis genauer kennt, erfährt sehr bald, daß auch zwischen dem ausschließlichen Eigenverbrauch und einem gelegentlichen oder häufigen Weiterverkauf von Rauschmitteln kein so tiefgreifender Unterschied besteht, wie das heute in der öffentlichen Diskussion gern behauptet wird. Sicher gibt es die ausschließlich auf materiellen Gewinn ausgerichteten professionellen Rauschgifthändler. Jedoch ist unter den Verbrauchern das Weitergeben an Freunde oder Bekannte , aber auch der Kleinhandel, das "Dealen", weit verbreitet. 44 % der Befragten hatten schon mit Rauschmitteln gehandelt. Im Drop-out-Stadium oder bei fortgeschrittener Drogenabhängigkeit dient der Weiterverkauf einerseits der Beschaffung des benötigten Stoffes, andererseits nicht selten auch zum Lebensunterhalt.
"Das Dealen gehört zum Turnen[1] wie die Henne zum Ei" war der Spruch eines 22jährigen Drogenhändlers.
Der soziale Status der Kleinhändler in der Drogenscene erstaunlich hoch. Versuche, die Kleinhändler öffentlich zu diskriminieren und dadurch zu isolieren, wie z. zum Beispiel mit der Plakat-Aktion "Du machst Dich kaputt, der Dealer macht die Kasse", hatten wenig Wirkung auf die Konsumenten und führten sogar zu einer gewissen Solidarisierung mit den Dealern. Diese Kleinhändler haben meist ein eigenes"Berufsethos". Ein Teil der Dealer versicherte den Interviewern, daß sie prinzipiell niemals "harte" Drogen verkaufen würden, andere beteuerten, sie würden niemals "gepanschte", schlecht dosierte oder mit gefährlichen Zusätzen versetzte Drogen anbieten. Viele derjenigen Händler, die auch Opiate verkauften, hatten angeblich Opium niemals an Neugierige abgegeben, sondern nur an diejenigen, die mit Sicherheit ohnehin schon opiatsüchtig waren.
Solche Behauptungen müssen jedoch mit großer Skepsis aufgenommen werden, da die Konkurrenz auf dem illegalen Drogenmarkt zeitweise recht beträchtlich ist und die nicht selten selbst opiatsüchtigen Dealer einen bestimmten täglichen "Umsatz" haben

[1]Erklärung der Slangausdrücke vergleiche Drogenglossar im Anhang dieser Arbeit

müssen, um genügend Geld für den eigenen Suchtstoff verfügbar zu haben. Diese süchtigen Dealer werden sicher nicht davor zurückschrecken, einem Haschisch-Raucher Opium anzubieten, wenn sie kein Haschisch zum Verkauf bei sich haben. Die opiatsüchtigen Dealer sind eine große Gefahr, und sie komplizieren die Drogenproblematik, wie sich auch in den USA, besonders in New York gezeigt hat, erheblich.
Auch bei einer von GOODE (50) 1967 in den USA nach dem "Schneeball"-, bzw. "Lawinenprinzip" durchgeführten Befragung von 200 Marihuana-Konsumenten hatten 93 % ihr erstes Marihuana-Erlebnis in Gesellschaft von bereits erfahrenen Freunden. Nur 5 % der Testgruppe rauchten Marihuana überwiegend allein.
Somit ist schon der erste Konsumversuch ein Gruppenerlebnis, wobei das vermeintlich Erstrebenswerte dieses Erlebnisses von der Gruppe definiert und beeinflußt wird. Als Folge des Konsums kommt es zu einer Annäherung der in dieser Gruppe herrschenden Werte und Normen. GOODE schreibt: "Die Teilnehmer betrachten die Beschäftigung[1] als eine legitime Grundlage ihrer Identität - ihre Definition von sich selbst und von anderen hängt teilweise davon ab, ob sie an dieser Betätigung teilgenommen haben oder nicht. Unter diesen Gesichtspunkten ist der Marihuana-Konsum soziogen".
Der kreisende Joint ist von einer Atmosphäre der Gemeinsamkeit und der Erregung umgeben, die starke Elemente eines Stammesrituals und einer Mythologie besitzt. Der Probierer gehört nur sehr oberflächlich in diese Subkultur, der intensiv Konsumierende kann dagegen ein starkes Dazugehörigkeitserlebnis erfahren.

Für diese User steht weniger die Wirkung der Droge im Vordergrund, vielmehr ihre Eigenschaft als Statussymbol und als Bindeglied innerhalb der Subkultur und in sogenannten Peer-Groups[2]. RATHSCHLAG (149) schreibt dazu (zitiert nach WETZ): "In dieser Situation ist die Gefahr groß, daß der teilweise affektiv bestimmte Distanzierungsprozeß der Jugendlichen vom Elternhaus mit einer übergroßen zeitlichen und emotionalen Zuwendung zu Peer-Groups und mit einer einseitigen Orientierung an den für

---

[1] gemeint ist der Marihuana-Konsum

[2] informelle primäre Bezugsgruppen von weitgehend Gleichaltrigen

die Peer-Groups verbindlichen Normen, Vorbildern und Verhaltensweisen einhergeht."
WETZ (149) weist darauf hin, daß 56 % der in Köln befragten Jugendlichen sich mit der gegenwärtigen Subkultur und mit dem "rituellen" integrativen Rauschmittel-Konsum identifizieren, was nach seiner Meinung auf einen außerordentlich starken und umgreifenden, gesellschaftlich negativen Lernprozeß hinweist.

Bemerkenswerterweise akzeptieren die Jugendlichen die Unterordnung unter die Normen der Peer-Groups, während sie gleichzeitig die Normen der Eltern ablehnen. Die Zahl der Erklärungsversuche ist groß für diese Phänomen, sehr komplexe Begriffe werden dabei zur Diskussion gestellt: Jugendprotest, Generationskonflikte, Autoritätskrise, phasenspezifische Entwicklungsmomente, Modeerscheinungen und vieles mehr. Im Rahmen dieser Arbeit kann davon nur einiges kurz gestreift werden.

Viele Autoren verweisen in diesem Zusammenhang auf die sozioökonomischen und sozial-psychologischen Bedingungen der bestehenden Gesellschaft. WETZ (142) betont, daß es nötig sein wird, die Auswirkungen der gesellschaftlichen Bedingungen auf jegliches "abweichende Verhalten" Jugendlicher zu erforschen, da die alleinige Erforschung des Rauschmittel-Problems und ein daraus gewonnener Katalog von Maßnahmen sonst nur zum Kurieren an Symptomen führen würde.
SOLLMANN (131) sieht in der Linie Gesellschaft - Familie - Individuum eine ständige Weitergabe krankmachender gesellschaftlicher Mißstände. Der Jugendliche versucht zwar, die an ihn gestellten übersteigerten Rollenerwartungen durch Aggressionen zu beantworten, kann sich aber letztlich doch nicht dagegen durchsetzen, da er zwar engagiert, seine Gegenwehr aber nur verbal und substanzlos ist. Dies führt, wie SOLLMANN meint, dazu, daß die verhinderte Aggression nach außen sich umkehrt in "intra-punishment", in nach innen gerichtete Selbstbestrafung. Die Aktivität des Mordes an der Autorität wird umgekehrt in Selbstmord auf Raten.
Zweifellos sind gesellschaftlich zu sehende Mängel, vor allem auch im Ausbildungswesen, für viele individuelle Fehlentwick-

lungen ursächlich. Dies äußert sich unter anderem darin, daß Intoleranz, Repressionen und andere negative Erfahrungen von zahlreichen Jugendlichen mit einer verstärkten Distanzierung von der Gesellschaft oder mit dem Beginn einer "Drogenkarriere" beantwortet werden.
Viele Jugendliche werden durch das Erfahren gesellschaftlicher Mißstände jedoch auch dazu motiviert, politisch aktiv zu werden. Die Entwicklungen in den letzten Jahren haben aber gezeigt, daß nicht alle Jugendlichen genug Engagement aufbrachten, um die Enttäuschungen auszuhalten, die durch unerfüllte Hoffnungen und durch die Zerstrittenheit der linken politischen Gruppen entstanden waren. Deshalb begannen nicht wenige derjenigen, die vorher überaus kritisch waren, zu resignieren und sich durch Drogen in ihr Inneres zurückzuziehen.
Daher konnte es nicht ausbleiben, daß anfangs in der Öffentlichkeit die auch heute noch gelegentlich vertretene Meinung entstanden war, alle politisch links orientierten Jugendlichen seien "Hascher". Unsere in den Jahren 1969/1970 durchgeführte Befragung hatte jedoch ergeben, daß nur jeder vierte Haschisch-Konsument die Ziele der "außerparlamentarischen Opposition" uneingeschränkt befürwortete und nur jeder dritte sich regelmäßig an Demonstrationen beteiligte. Allerdings sympathisierten weitere 44 % mit der als "ApO" bezeichneten oppositionellen Bewegung. Eine gelegentliche Demonstrationsbeteiligung hatten 42 % der Befragten angegeben.
Somit hatten immerhin drei Viertel der befragten Drogenkonsumenten mehr oder minder mit der "ApO" sympathisiert und sich mit unterschiedlicher Häufigkeit an Demonstrationen beteiligt.

Obwohl mit der Steigerung des Drogenkonsums das politische und soziale Engagement beträchtlich nachließ, nannten die meisten Rauschmittelkonsumenten weiterhin politische Motive für den Abbruch ihrer beruflichen Ziele. Dabei stellte sich einerseits die Frage, welche Faktoren stärker zur Entstehung der Drop-out-Tendenz beigetragen haben, die "Drogenwelle", oder die meist ideologisch akzentuierte Protesthaltung. Andererseits wäre es wichtig zu wissen, in welcher Beziehung diese Faktoren zuein-

anderstehen und ob sie einander bedingen. Interessant erscheint in diesem Zusammenhang, daß die "Fixer" die "bürgerlichsten" Einstellungen aller Konsumenten-Typen hatten: 50 % gaben als erstrebenswertes Lebensziel an, "in Ruhe gelassen" zu werden, 67 % waren mit den sozialen Bedingungen "zufrieden".

Dieses komplexe Problemfeld könnte nur durch interdisziplinäre Zusammenarbeit mit Sozialwissenschaftlern, Psychologen und anderen Forschern erschlossen werden, wenn sich zeigt, daß es gelingt, die zahlreichen definitorischen und ideologischen Schwierigkeiten zu überwinden. Dies wäre im Interesse einer Klärung dieser wichtigen ätiologischen Zusammenhänge sehr wünschenswert. Bei den eigenen Untersuchungen waren die Ansätze einer Kooperation wegen der eben genannten Schwierigkeiten vorübergehend stagniert, neuere Bemühungen in dieser Richtung berechtigen jedoch zu gewissen Hoffnungen.

Große Aufmerksamkeit verdienen die familiären Daten der Drogenkonsumenten. Knapp die Hälfte der von dieser Untersuchung erfaßten User kam aus formal nicht intakten Familien. JASINSKY (71) fand bei drogenkonsumierenden Hamburger Schülern einen Anteil von 28 % mit einem Broken-home-Status, SCHWARZ und Mitarbeiter (129) einen Anteil von nur 13,6 % bei seiner in Schleswig Holstein durchgeführten Untersuchung.
Bestand das befragte Kollektiv jedoch nicht aus Schülern, sondern aus sogenannten "Problemfällen", so wurden höhere Prozentsätze von Jugendlichen aus "broken homes" gefunden. WANKE und Mitarbeiter (136, 142, 143) fanden bei den in Klinik und Beratungsstelle befragten Probanden einen Anteil von 38 %, KIELHOLZ (80) errechnete in der Schweiz bei Klinik- und Vorführungsfällen einen Anteil von 52 %,und KEUP (78) konnte in Amerika bei psychiatrischen Drogenpatienten sogar einen Anteil von 67,3 % ermitteln.
Diese Zahlen sind Hinweise dafür, daß die Ursache des Drogenkonsums wesentlich von familiären Bedingungen abhängt, die ihrerseits wiederum von gesellschaftlichen und ökonomischen Faktoren geprägt werden. Die Familie ist die gesellschaftliche Ein-

heit, die die geografische, ethnische und soziale Herkunft des Kindes bestimmt, seine Schule auswählt und auf dessen Umgang mit Gleichaltrigen einwirkt.
Einschneidende Ereignisse während der Reifezeit des Kindes und Jugendlichen, zum Beispiel durch Trennung der Eltern, durch Todesfälle oder durch den Verlust der familiären Geborgenheit durch eine Heimeinweisung können zur Fixierung abnormer Erlebnisreaktionen führen.
Die formale Familienstruktur sagt ohnehin wenig über die Dynamik der Beziehungen innerhalb der Familie. Um genauere Einblikke in diese komplexen Zusammenhänge zu bekommen, sind umfassende Analysen der familiären Beziehungen nötig. Dabei wird es wichtig sein, auch die durch Heimerziehung und durch ähnliche Erziehungsmethoden verursachten Drogendispositionen genauer zu erforschen.
Auch in äußerlich intakten Familien können die Beziehungen der Kinder und Jugendlichen zu ihren Eltern gestört sein. Bildungsmängel der Eltern, Unsicherheit in Erziehungsfragen, überstrenge Erziehung, "Laisser-faire"-Prinzip, Zeitmangel und Interesselosigkeit sind nur einige Beispiele. Auch der beengende familiäre Privatismus vieler Kleinfamilien kann die Individuation und die Sozialisation der Kinder und Jugendlichen stark beeinträchtigen.
Der amerikanische Soziologe TEC (139) befragte 1970 die Schüler einer High-School in einer wohlhabenden Vorortgemeinde, insgesamt 1700 Jugendliche im Alter von 15 bis 18 Jahren. In seiner Studie mit dem Titel "Die Familie und die spezifischen Beziehungen zu Marihuana" zeigt der Autor auf, welche familiären Bedingungen mit einem geringen Marihuana-Konsum korrelierten:
1. vollständige und intakte Familien mit einem geringen Konsum von Spirituosen, Beruhigungs- und Schlafmitteln,
2. Familien mit einem hohen Maß an Anerkennung und Achtung für ihre Mitglieder und befriedigenden persönlichen Beziehungen,
3. Familien, in denen keine übertriebenen und unfairen Forderungen an die Kinder gestellt wurden und in denen keine harten Kontrollen oder völlige Gleichgültigkeit für die Kinder herrschten.

MOSER (108) zitiert in seinem Buch "Jugendkriminalität und Gesellschaftsstruktur" die von SHELDON und ELEANOR GLUECK untersuchten Familienmerkmale bei 500 delinquenten und 500 nichtdelinquenten Jungen. Obwohl die bei straffällig gewordenen Jugendlichen ermittelten Untersuchungsergebnisse nicht ohne weiteres auf drogenkonsumierende Jugendliche übertragen werden können, sind solche Ergebnisse angesichts der vielen Parallelen sehr wertvoll. Beide Gruppen zeigen ein von der Norm abweichendes Verhalten, auch sind sie im gleichen Alter und werden wegen ihrer Handlungen verfolgt und bestraft.

> Die Eltern der delinquenten Jugendlichen waren weit stärker belastet mit körperlichen Leiden, geistiger Zurückgebliebenheit, seelischen Störungen, Trunkenheit und Kriminalität, als die Eltern der Nichtdelinquenten. Zwei Drittel der Nichtdelinquenten bezeichneten die Beziehungen der Eltern untereinander als "gut", bei den Delinquenten waren es dagegen nur ein Drittel. 65 % der Nichtdelinquenten fanden eine angemessene Beaufsichtigung durch die Mutter, bei den Delinquenten waren es dagegen nur 7 %. Die Delinquenten kamen seltener in den Genuß von gemeinsam verbrachter Familienfreizeit. Stark unterschiedlich waren die Erziehungspraktiken: während die Eltern der Delinquenten ihre Kinder überwiegend lax oder regellos wechselnd erzogen hatten, wurden die Nichtdelinquenten meist mit freundlicher Bestimmtheit erzogen (firm and kindly). Dreimal soviele Väter von Delinquenten wie von Nichtdelinquenten erzogen ihre Kinder überstreng. Die Zahl der Väter, die als Strafmittel hauptsächlich Prügel verwandten, war bei den Delinquenten doppelt so hoch wie bei den Nichtdelinquenten; umgekehrt war das Verhältnis für argumentierende Vorhaltung (reasoning).

Bei den im Rahmen dieser Studie befragten Konsumenten war der Anteil der streng Erzogenen unter den exzessiv Konsumierenden hoch. Umgekehrt war der Anteil derjenigen bei den exzessiven Konsumenten klein, deren Eltern nach Schilderungen dieser Befragten es ihnen an nichts hatten fehlen lassen.
REMSCHMIDT und DAUNER (120) weisen auf tiefenpsychologische Aspekte bei der Entstehung süchtigen Verhaltens hin, deren Ursprung im frühesten Kindesalter zu suchen sind. Die Autoren beziehen sich auf Arbeiten von MENG und ATTARDO, in welchen vor allem auf die pathologische Mutter-Kind-Beziehung eingegangen wird. Hervorgehoben werden in diesem Zusammenhang die zwischen süchtigen Jugendlichen und ihren Müttern bestehende deutlich vertiefte Bindung auf allen psychosexuellen Entwick-

scheinen Versuche logisch und verständlich, mit Hilfe von Drogen auf schnellem und leichtem Wege zu einem möglichst großen Lustgewinn zu kommen. Dies uneingeschränkt zu akzeptieren hieße, einem reduzierten Menschenbild das Wort zu reden und sich über wesentliche Merkmale einer humanen Lebensqualität hinwegzusetzen. Der Drogenabhängige opfert die Chance einer freien Selbstverwirklichung dem Zwang ständiger Wiederholung und Steigerung seiner Rauschbedürfnisse.

Jede Art menschlichen Strebens kann süchtig entarten ( GEBSATTEL ). Wir kennen Freßgier, Genußsucht, Ruhmsucht, Gewinnsucht, Rekordsucht, Herrschsucht, Geltungssucht und vieles mehr. CONDRAU (29) schreibt dazu in seinem Aufsatz "Der daseinsanalytische Standpunkt":

> "In der Sucht ist der Mensch entweder auf der Flucht vor jenen Weltbezügen, die von ihm das Ertragen von Schmerz, Kummer, Versagung oder auch nur Verantwortung verlangen, oder er ist dermaßen einem bestimmten Weltbezug verfallen, daß seine Existenz darin völlig aufgeht."

Der Begriff und das Wesen der Gewöhnung, der Abhängigkeit und der Sucht stehen im Blickfeld vieler unterschiedlicher Forschungsansätze. Neben den älteren psychiatrischen Theorien der "süchtigen Fehlhaltungen und Fehlentwicklungen ("Süchtigkeit") haben sich seit FREUD vor allem psychoanalytische Theorien und Erkenntnisse immer mehr durchgesetzt, wonach die Sucht in erster Linie als eine Regression auf die orale Stufe der Libido-Entwicklung gedeutet wird.

AMMON und Mitarbeiter (5) vertreten die Auffassung, daß hinter der Abhängigkeit von der Droge immer eine Abhängigkeit von ungelöst gebliebenen infantilen Konflikten steht. "Die Neigung, vor dem Konflikt zu fliehen, wird umso stärker sein, je schwächer das Ich des Kranken ist, und es ist hier nicht die Droge, welche das Ich des Kranken zerstört, sondern das schwache Ich greift zur Droge, um sich dem Konflikt zu entziehen."

Alle existierenden Suchttheorien zu diskutieren, würde die Zielsetzung dieser Arbeit übersteigen. Im Hinblick auf das von uns ermittelte Untersuchungsergebnis, wonach die häufigste Begründung des Haschisch-Konsums das Streben nach einem Lustgewinn war, genügt die Feststellung, daß es sich beim Haschisch

Auch aus den nicht in den Fragebogen eingegangenen Gesprächen mit vielen Befragten ließ sich im übrigen der Schluß ziehen, daß der von den Eltern mißbilligte Drogenkonsum bei einem Teil der Konsumenten zum Verlassen des Elternhauses geführt hatte. In einigen Fällen hatten die Eltern ihre Kinder wegen des Drogenkonsums sogar aus dem Hause gewiesen. Andere Jugendliche wiederum hatten erst dann einen gewohnheitsmäßigen Drogenkonsum entwickelt, als sie durch den Abbruch der elterlichen Bindungen in eine Entwurzelungssituation geraten waren. Bei einem weiteren Teil der Befragten hatte die Wohnsituation kaum Einfluß auf den Beginn, den Umfang und den Verlauf ihres Drogenkonsums. Bei ihnen standen andere Faktoren im Vordergrund.

Diese Hinweise auf die Relevanz pädagogischer Aspekte bei der Bahnung von Drogenbindungen haben für den Arzt die therapeutische Konsequenz, eindringlicher als zuvor darauf hinzuweisen, daß es am sinnvollsten ist, bereits seit dem frühesten Kindesalter auf Verhaltensstörungen zu achten und die Störquellen in der Familie, sofern möglich, so früh wie möglich zu beseitigen. Diese Arbeit kann aber weniger von Medizinern erwartet werden, vielmehr handelt es sich dabei um das Betätigungsfeld des Sozialarbeiters, Sozialpädagogen, Pädagogen und Gruppentherapeuten.

## 2.2. Der individuelle Kontext des Drogenkonsums

Bei der Fortsetzung des Drogenkonsums standen bei den meisten in dieser Studie befragten Konsumenten hedonistische Motive im Vordergrund. LIDZ und ROTHENBERG (95) schreiben in ihrem Aufsatz "Psychedelismus: Die Wiedergeburt des Dionysos": "Der Lockruf des psychedelischen Rituals scheint ebenso stark oder gar stärker als der des Dionysos zu sein".
Will man davon ausgehen, daß der Drogenkonsument, wie jeder andere Mensch, ein auf Lustgewinn angelegtes Wesen ist, so er-

scheinen Versuche logisch und verständlich, mit Hilfe von Drogen auf schnellem und leichtem Wege zu einem möglichst großen Lustgewinn zu kommen. Dies uneingeschränkt zu akzeptieren hieße, einem reduzierten Menschenbild das Wort zu reden und sich über wesentliche Merkmale einer humanen Lebensqualität hinwegzusetzen. Der Drogenabhängige opfert die Chance einer freien Selbstverwirklichung dem Zwang ständiger Wiederholung und Steigerung seiner Rauschbedürfnisse.
Jede Art menschlichen Strebens kann süchtig entarten (GEBSATTEL). Wir kennen Freßgier, Genußsucht, Ruhmsucht, Gewinnsucht, Rekordsucht, Herrschsucht, Geltungssucht und vieles mehr. CONDRAU (29) schreibt dazu in seinem Aufsatz "Der daseinsanalytische Standpunkt":

> "In der Sucht ist der Mensch entweder auf der Flucht vor jenen Weltbezügen, die von ihm das Ertragen von Schmerz, Kummer, Versagung oder auch nur Verantwortung verlangen, oder er ist dermaßen einem bestimmten Weltbezug verfallen, daß seine Existenz darin völlig aufgeht."

Der Begriff und das Wesen der Gewöhnung, der Abhängigkeit und der Sucht stehen im Blickfeld vieler unterschiedlicher Forschungsansätze. Neben den älteren psychiatrischen Theorien der "süchtigen Fehlhaltungen und Fehlentwicklungen ("Süchtigkeit") haben sich seit FREUD vor allem psychoanalytische Theorien und Erkenntnisse immer mehr durchgesetzt, wonach die Sucht in erster Linie als eine Regression auf die orale Stufe der Libido-Entwicklung gedeutet wird.
AMMON und Mitarbeiter (5) vertreten die Auffassung, daß hinter der Abhängigkeit von der Droge immer eine Abhängigkeit von ungelöst gebliebenen infantilen Konflikten steht. "Die Neigung, vor dem Konflikt zu fliehen, wird umso stärker sein, je schwächer das Ich des Kranken ist, und es ist hier nicht die Droge, welche das Ich des Kranken zerstört, sondern das schwache Ich greift zur Droge, um sich dem Konflikt zu entziehen."

Alle existierenden Suchttheorien zu diskutieren, würde die Zielsetzung dieser Arbeit übersteigen. Im Hinblick auf das von uns ermittelte Untersuchungsergebnis, wonach die häufigste Begründung des Haschisch-Konsums das Streben nach einem Lustgewinn war, genügt die Feststellung, daß es sich beim Haschisch

um einen Stoff handelt, der potentiell zu einer Abhängigkeit führen kann. Der Wunsch nach Anregung, Euphorisierung, Beruhigung und Entspannung, sowie nach Steigerung der Sinnesreize, geht immer in Richtung eines Lustgewinns oder einer Unlustverhütung. Bei Menschen mit entsprechenden psychischen Voraussetzungen kann ein überstarkes Verlangen nach Wiederholung und Steigerung des erfahrenen Lustgewinns entstehen, verbunden mit der Tendenz, die Realität zu korrigieren oder zu vergessen.

Gewisse Parallelen bestehen zwischen den in dieser Studie ermittelten Motivgruppen und den von KEUP (78) beschriebenen Motivationstypen. KEUP konnte bei seiner 1958 in New York durchgeführten Untersuchung von 126 psychiatrisch betreuten Drogenpatienten folgende Motivationstypen differenzieren:
die Sucher (Searchers), die Experimentierer (Experimenters), die Dionysier (Dionysians), die Wahllosen (Gluttons) und die Konformisten. Der Gruppe der hedonistischen Motive ist der Dionysier zuzuordnen.

Die "emanzipatorischen Motive" bilden die zweitgrößte Antwortgruppe auf die Frage nach den Motivationen des Drogenkonsums. Diese Antworten drücken den Wunsch der Konsumenten aus, mit Hilfe der Drogen ihr Bewußtsein und ihr Denken zu verändern. Dabei gehen viele der Drogenkonsumenten davon aus, daß es durch Halluzinogene möglich sei, existentielle Fragen und Probleme der Selbstverwirklichung zu lösen. Eine Reihe von "Drogenaposteln" und verschiedene, aus psychologischem und philosophischem Interesse mit diesen Drogen experimentierende "Apologeten", hatten bei diesen Jugendlichen entsprechende Hoffnungen geweckt. HÜNNEKENS (67) betont, daß die zentrale Frage nach dem Sinn des Lebens heute brennender denn je gestellt wird, da die Jugend nicht mehr wie früher sich mit Tradition, mit Gefügtheiten, mit Verpflichtungen aus christlicher Substanz oder mit einer Ethik der Philosophen in dieser Frage helfen könne.
Die Erwachsenen könnten sich, jedenfalls scheinbar, mit Arbeit ausfüllen, die Jugend sehe aber in der Arbeit keine Antwort auf die Sinnfrage, fühle sich dadurch vielmehr als Rädchen im Getriebe einer perfekten, technisch-bürokratischen Leistungs-

gesellschaft. Auch der materielle Wohlstand oder das "Konsumglück" fülle diese Frage nicht.

Ein in diesem Zusammenhang wichtiger Aspekt ist der immer nüchterner werdende Gottesdienst, der zunehmend an "mystischen Reizen" verliert (35), sich immer mehr auf die Kargheit des Wortes beschränkt, während alles Emotionale nach und nach aus der Liturgie verbannt wird (67). Diese Erkenntnisse einiger Drogenforscher fanden 1972 ihren Niederschlag in der "Erklärung der Deutschen Bischofskonferenz zum Drogenproblem in der BRD" (34):

> "Im Gottesdienst darf der Aspekt des Rationalen nicht einseitig betont werden, sondern muß der ganze Mensch, insbesondere auch das Gemüt und die Erlebnisbereitschaft angesprochen werden. Die Tatsache, daß junge Menschen Jogapraktiken oder Meditationsübungen im Rahmen des Zen-Buddhismus wählen, zeigt, daß sie im christlichen Raum ihre Wünsche und Bedürfnisse nicht realisierbar finden."

HÜNNEKENS (67) ist der Meinung, daß es aus den erwähnten Gründen nicht verwunderlich sei, wenn Gewänder, Weihrauch, Farben und Formen in einem förmlichen Ritual wieder in der Drogenscene Einzug halten, die Beschäftigung mit dem Buddhismus zunimmt und mit Hilfe von Halluzinogenen nach mystischen Erlebnissen gesucht wird. Aus der Erklärung der Deutschen Bischofskonferenz geht hervor, daß man sich in Kreisen der christlichen Kirchen solcher Ursachen des Drogenkonsums wohl bewußt ist:

> "Diese fragende Haltung[1] wird meist begleitet von einer Sehnsucht nach mystischem Erleben, nach romantischen, emotionellen und rituellen Handlungen, häufig auch von einer unartikulierten Sehnsucht nach einer Begegnung mit Gott. Mit dem Genuß der Droge versuchen sie der Frage nach dem Sinn des Lebens näherzukommen, verhindern gerade dadurch aber nicht nur die Begegnung mit Gott, sondern versperren sich auch den gesuchten Weg in eine transzendente Welt."

HOFMANN (60), der Entdecker des LSD, weist darauf hin, daß es unter den Befürwortern der Halluzinogene viele gibt, die zur Droge als Mittel zur Erlangung transzendentaler Erfahrungen greifen. Dabei ist das zunehmende Einströmen östlicher Mystik in die westliche Welt als Reaktion gegen die hypertrophierende Rationalität und Technisierung unseres Lebens zu begreifen. Der heutige westliche Mensch sei wegen seines Rationalismus

---

[1] fragend nach dem Wesen des Menschen und nach dem Sinn des Lebens

und Intellektualismus bereits derart geistig-seelisch verkrustet, daß er ein chemisches Aufschlußmittel benötige. Die aufschließende Wirkung der Halluzinogene bestände in der ungeheuren Potenzierung und Sensibilisierung des emotionalen Erlebens unter gleichzeitiger Zurückdrängung der rationalen Geistesfunktion (61).

Dazu ein weiteres Zitat aus der Erklärung der Deutschen Bischofskonferenz (34):

> "Die technische Zivilisation hat das emotionelle Bedürfnis zurückgedrängt und seine Bedeutung für den Menschen auch in der Pädagogik unterschätzt. Naturerleben und Ritus werden in unserer Gesellschaft langsam abgebaut und versachlicht. Im psychedelischen "Kult" weiter Hasch- und LSD-Kreise kommt es wieder zu rauschhaften Erlebnissen, zu "Sinnesorgien".

Die Kulturgeschichte des Rausches ist so alt wie die Menschheit selbst. Seit jeher hatte der Mensch die Sehnsucht, sein Hier- und Jetztbewußtsein zu transzendieren, sich der räumlichen und zeitlichen Fesseln zu entledigen und einmal hinter die "Kulissen des Lebens" zu schauen.

"Zu allen Zeiten hat man durch physiologische Mittel die Erfahrungsbasis zu verbreitern gesucht, durch Fasten, Wachen, Tanzen, Geißelungen, psychotrope Drogen, Rezitieren, Atemübungen, etc." (88).

Doch gerade in unserer wissenschaftsgläubigen Zeit ist die Empfänglichkeit für Versprechungen mystischer Erlebnisse besonders groß. Die naturwissenschaftliche Forschung ermöglicht zwar Einsichten in die formalen Funktionsprinzipien unseres Kosmos, die existentiellen Grundfragen der Menschen, die Fragen nach der Schöpfung, nach der Funktion des Lebens in einer räumlichen und zeitlichen Unendlichkeit und nach den Konsequenzen des unabänderlichen Todes, bleiben jedoch weiterhin unbeantwortet.

STECKEL (134) schreibt zum Halluzinogen-Rausch:

> "Die Zeit scheint stillzustehen, transformiert zur reinen Gegenwart. Viele Menschen, die die Erfahrung gemacht haben, versuchen, diesen Eindruck mit dem Begriff der Ewigkeit zu vermitteln. Die veränderte Zeitwahrnehmung ist eines der elementarsten Erlebnisse unter Einfluß der psychedelischen Drogen, das bei der Interpretation des Rausches als mystische Erfahrung eine wesentliche Rolle spielt."

STECKEL spricht in diesem Zusammenhang vom "angewandten Mysti-

zismus".

Über die Frage, ob Halluzinogene einen echten mystischen Zustand herbeiführen können, sind die Meinungen geteilt. HOFMANN (60, 61) ist der Ansicht, daß Erlebnisse, die man als mystisch bezeichnen könnte, unter dem Einfluß der Halluzinogene nicht ausgeschlossen sind, vorausgesetzt, die betreffende Person ist von Natur aus dazu reif und darauf eingestellt. Die Droge könne im besten Fall nur freisetzen und aktivieren, was schon im betreffenden Menschen vorhanden sei.

PAHNKE hatte 1962 in Amerika in seiner sogenannten "Karfreitagsstudie" in einem Doppelblindversuch in einer Kapelle mit Theologiestudenten die Frage von mystischen Erfahrungen durch Psilocybin geprüft. Dabei zeigte sich, daß die durch die Droge erzeugten Erfahrungen nicht unterscheidbar oder sogar identisch waren mit theologisch definierten mystischen Erlebnissen.

GELPKE (47) schreibt:

> "Ich selbst habe mehrere Male, und mit Hilfe verschiedener Drogen, einen Bewußtseinszustand erreicht, von dem ich überzeugt bin, daß er demjenigen, den die Mystiker 'Entwerden' oder 'Vereinigung' nennen, zumindest außerordentlich nahe kommt."

L.R. (88) spricht in diesem Zusammenhang von "experimenteller Mystik" und "experimenteller Metaphysik". "Wo sich Pharmakologie und Religionspsychologie begegnen, entsteht heute die ungeheuerlichste Wissenschaft, die je existierte: die experimentelle Metaphysik."

KRANICH (85) gibt in seinem Aufsatz "Bewußtseinsreise" einen sehr differenzierten Überblick über diese Frage. Er betont, daß viele Religionen und esoterische Lehren hinsichtlich der mystischen Erfahrungen auf die große Gefahr der Täuschung hinweisen. Die "mystische" Erfahrung durch Halluzinogene entspreche einer solchen Täuschung, da sie lediglich eine Vorspiegelung sei, ohne daß der Konsument die "Unio Mystica" erlangt habe. Die Nichtunterscheidbarkeit der echten und der unechten mystischen Erfahrung resultiere aus der Begrenztheit der wörtlichen Darstellung solcher Erlebnisse. Ob solche Erlebnisse echt oder unecht sind, sei dabei die wichtigste Frage überhaupt. Die Drogenerfahrung müsse als Täuschung erkannt und verworfen werden.

In einem anderen Aufsatz spricht KRANICH (84) von "Pseudo-Mystik" und nennt die Droge einen "Ersatz für religiöses Erleben".
BECKER (12) sieht die Rauschproben in der Pubertät in genetisch-kulturellen Zusammenhängen. Er vertritt die Auffassung, daß diese Proben integrierende Bestandteile des Pubertätsüberganges sind, wobei Abstinenz und Abusus nur als Extreme anzusehen sind. Der Drogenkonsum wird von diesem Autor als eine Art Initiationsritus, bzw. Reifeprobe oder Jugendweihe verstanden.
FRANKE (40) unterteilt die Pubertät in eine frühe Reifezeit (13. bis 17. Lebensjahr) und eine späte Reifezeit (ab 18. Lebensjahr). Typisch für die frühe Stufe ist der Wunsch, etwas Imponierendes zu tun, etwas zu riskieren. In dieser Phase muß immer mit überschießenden und gefährlichen Aktionen und Verhaltensweisen gerechnet werden. Für die späte Reifezeit gilt, daß die Frage nach dem Sinn des Lebens und des Todes immer wieder aufgeworfen wird, daß eine Neigung zu transzendentalen und mystischen Gedanken besteht. Die späte Reifezeit brachte nach dem ersten Weltkrieg die "Jugendbewegung" hervor, nach dem zweiten Weltkrieg die "Skeptische Generation", in den sechziger Jahren die Begeisterung für Che Guevara und Mao Tse-tung, danach die "Drogen"- und die "Jesuswelle".
In der im Rahmen dieser Studie 1969/70 erfaßten Stichprobe waren die meisten Haschisch-Raucher im Alter von 18 bis 19 Jahren, aber auch 13 bis 14jährige waren bereits erfaßt worden. Haschisch-Konsumenten über 30 Jahre waren recht selten, solche im Alter über 40 Jahre zählten zu den Ausnahmen.
In neueren Publikationen findet man immer häufiger Hinweise darauf, daß das Durchschnittsalter der Drogenkonsumenten zur Zeit ständig sinkt. Dies kann nach den eigenen Beobachtungen in der Berliner Drogenscene, die auch nach Abschluß der Studie fortgesetzt wurden, bestätigt werden.
Das Verhältnis der männlichen Drogenkonsumenten zu den weiblichen betrug 3 : 1.
WANKE und Mitarbeiter fanden bei ihrer in Frankfurt durchgeführten Untersuchung ein ähnliches Verhältnis. Bei den von

SCHWARZ (129), WETZ (148) und JASINSKY (71) in Schulen durchführten späteren Befragungen konnte ein weit höherer Anteil an Mädchen ermittelt werden. In Schleswig Holstein hatten 26,2 % der Schüler und 15,8 % der Schülerinnen Drogen genommen, in Hamburg war das Verhältnis sogar 25,9 % zu 19,9 %.
Diese unterschiedlichen Ergebnisse können einerseits als ein Hinweis dafür angesehen werden, daß die Mädchen ihren Drogenkonsum offenbar etwas besser zu kontrollieren verstehen und deshalb seltener in Kliniken und Drogen-Beratungsstellen,sowie in der Drogenscene in Erscheinung treten. Andererseits ließen sich diese unterschiedlichen Zahlen aus verschiedenen Erhebungszeiträumen auch mit der Annahme in Einklang bringen, daß nicht nur das Alter der Drogenkonsumenten sinkt, sondern auch eine Nivellierung der Geschlechtsanteile der Konsumenten stattfindet.

Wie bei dem jugendlichen Alter der meisten Drogenkonsumenten nicht anders erwartet werden konnte, waren die meisten der von uns befragten User ledig. Nur etwa jeder zehnte war verheiratet. Nur 10 % der Interviewten hatten Kinder.
In den Jahren 1969/70 waren mehr als die Hälfte der Haschisch-Raucher Schüler und Studenten; Arbeiter, Angestellte und Lehrlinge waren seltener vertreten. Auch unter den Angehörigen sogenannter höherer Berufe gab es vereinzelt Cannabis-Konsumenten.

Nach neuesten Beobachtungen in Kliniken, in der Drogenscene und an Berufsschulen ist der Anteil der drogenkonsumierenden Jugendlichen aus unteren Schichten in letzter Zeit gestiegen.

Die Neigung der User, sich aus den ausbildungsmäßigen und beruflichen Bindungen zu lösen, ist groß. Jeder fünfte Schüler hatte die Schule verlassen, jeder vierte Angestellte seine Arbeit aufgegeben. Dabei fiel auf, daß ein solcher "Knick in der Entwicklungslinie" besonders bei jenen Drogenkonsumenten deutlich wurde, die zu wahllosem (polytropen) Konsum neigten.
WANKE und Mitarbeiter (136, 142, 143) konnten nachweisen, daß zwischen dem Drogenkonsum einerseits und schulischen Überforderungssituationen bei relativer Minderbegabung für naturwissenschaftliche Fächer andererseits eine Korrelation bestand.

Diese Beobachtung korrespondiert mit dem hier ermittelten Befragungsergebnis, wonach schöngeistige und philosophische Interessen bei den Haschisch-Konsumenten stark dominierten, naturwissenschaftliche Interessen dagegen meist fehlten.
Welche Faktoren in welchem Umfang im einzelnen zum Abbruch der Ausbildung oder des Berufes geführt haben, ist schwer zu beurteilen. Immerhin hatten 13 % derer, die auf Befragen ausschließlichen Cannabis-Konsum berichtet hatten, seit dem Beginn ihrer Drogeneinnahme eine Verminderung ihrer Initiative bemerkt und dem Interviewer mitgeteilt.
Die Korrelation zwischen exzessivem Drogenkonsum und Drop-out-Status legt zwar die Annahme durchaus nahe, daß durch den chronischen und wahllosen Konsum möglicherweise ein als krankhaft zu bezeichnender Zustand herbeigeführt werden kann, der durch den Verlust der Initiative und der lebensplanenden Perspektive gekennzeichnet ist. Allerdings ist bei kritischer Würdigung dieses Problems zu bedenken, daß selbst in den entsprechenden Studien der USA große Zurückhaltung hinsichtlich eventueller kausaler Zusammenhänge zwischen dem chronischen Cannabis-Konsum und sozialem Drop out geübt wird. Die in dem 1971 erschienenen Report "Marihuana and Health" (100) beschriebene Hang-loose-Ethik[1], die meist bereits vor Beginn des Marihuana-Konsums vorhanden war, ist zweifellos ein nicht minder gewichtiger Faktor. Durch punktuelle Studien wie diese läßt sich die Frage der kausalen Zusammenhänge nicht beweiskräftig beantworten, jedoch sind solche Studien geeignet, vermutete Zusammenhänge zu prüfen.
Wenn sich bei der weiteren Erforschung dieses Problems die Annahme bestätigen sollte, daß der Motivationsverlust tatsächlich durch chronische Cannabis-Effekte verursacht wird, dann wäre zu empfehlen, den bisher dafür verwendeten Ausdruck "Amotivationssyndrom" durch den genaueren Terminus "Motivationsverlustsyndrom" zu ersetzen. Dabei darf jedoch nicht übersehen

---

[1] Characteristics of the hang-loose ethic have been defined as: dissatisfaction with own education and the system ; opposition to the Vietnam war and the draft; approval of sexual freedom; feeling a communication gap between self and parents; anticipation of satisfaction from future leisure activities more than from work; participation in "happenings" and mass protests; interest in underground newspapers; and belief in possible circumvention of laws (but not necessarily in breaking them).

werden, wie auch in der amerikanischen Studie hervorgehoben wird (100), daß entweder bereits vor dem Beginn des Drogenkonsums Passivität ein Persönlichkeitsmerkmal gewesen sein könnte, oder daß parallel zur "Drogenkarriere" andere bedeutsame Faktoren zu der beobachteten Entwicklungs- und Einstellungsänderung geführt haben könnten.

Die Persönlichkeitsstruktur des Haschisch-Rauchers, bzw. des Drogenkonsumenten wurde bereits von einigen deutschen Wissenschaftlern untersucht, überwiegend mit dem Freiburger Persönlichkeitsinventar FPI (LENNERTZ 1970 (87), WANKE, SÜLLWOLD und ZIEGLER 1970 (143) und WETZ (148) 1971). Beim Studium dieser Literatur fällt auf, daß die Untersuchungsresultate von der Provenienz der untersuchten Kollektive abhingen. Wurden Haschisch-Raucher untersucht, deren Werdegang und sozialer Integrationsgrad unauffällig waren, so konnten keine von der Norm abweichenden Persönlichkeitsstrukturen festgestellt werden (LENNERTZ und WETZ). Wurden jedoch verhaltensauffällige oder in Kliniken und Drogenberatungsstellen Hilfe und Rat suchende Konsumenten getestet, waren abnorme Persönlichkeitsmerkmale gehäuft gefunden worden (WANKE und Mitarbeiter).

Eine Forschergruppe (1) der Medizinischen Fakultät der Universität von Vermont, USA, untersuchte 1971 einhundert Marihuanarauchende Studenten mit Hilfe des MMPI-Tests (Multiphasic Personality Inventory Test) und verglich dieses sample mit einer Kontrollgruppe von 100 Personen, die keine Drogen nahmen. Die Konsumentengruppe wurde unterteilt in solche, die ausschließlich Marihuana rauchten, in solche, die mehrere Drogen nahmen und in solche, die maßlos und wahllos Drogen gebrauchten. Von der Kontrollgruppe zeigten 17 % eine abnorme Persönlichkeitsstruktur, die Gruppe der Nur-Marihuana-User lag mit 18 % auf gleicher Höhe. Bei den Konsumenten mehrerer Drogen wiesen jedoch 52 % der Fälle eine abnorme Persönlichkeitsstruktur auf, bei den wahllos Konsumierenden waren es 53 %. Diese Wissenschaftler kamen zu der Überzeugung, daß eine pathologisch veränderte Persönlichkeit bereits vor Einsetzen des Drogenkonsums besteht, sich jedoch unter dem Einfluß von Drogen in verschiedener Weise pathologisch weiterentwickeln kann.

An dieser Stelle sollen die eigenen Ergebnisse der Gegenüberstellung der"Nur-Cannabis-Raucher" (C1-Gruppe) mit den Konsumenten mehrerer verschiedener Drogen (C2-Gruppe) aufgegriffen werden. Die Befragten mit einem polytropen Konsum waren durchschnittlich 3,4 Jahre jünger als die reinen Cannabis-Konsumenten. Ihr Anteil an Drop-out-Fällen war nahezu fünfmal so hoch (28 %) wie bei der C1-Gruppe (6 % Drop-out-Fälle). Ihre Lebensziele waren weniger sozial orientiert als bei den Befragten mit ausschließlichem Haschisch-Konsum, dafür war ihr häufigster Wunsch, in Ruhe gelassen zu werden. Die polytropen Konsumenten waren häufiger mit ihren Ausbildungen und Berufen unzufrieden und weniger politisch engagiert. Sie gaben durchschnittlich mehr als dreimal soviel Geld für Rauschmittel aus wie die reinen Kiffer, traten häufiger für den freien Verkauf von LSD und Opiaten ein und handelten mehr als doppelt sooft mit Drogen. Sie rauchten Cannabis dreimal häufiger, 53 % sogar täglich (C1-Gruppe:8 %). Eine Steigerung ihres Cannabis-Konsums hatten mehr als doppelt soviele Befragte des C2-Typs angegeben als die des C1-Typs.

Diese Zahlen weisen darauf hin, daß das Zusammentreffen von Faktoren wie jugendliches Alter, allgemeine Unzufriedenheit und exzessiver Konsum von Haschisch und anderen Drogen in ihrer Summation zu antisozialen Einstellungen und zu der Tendenz führen können, sich aus der Gesellschaft zu distanzieren und sich zu isolieren.

Neben dem exzessiven Drogenkonsum ist die Unzufriedenheit mit der Ausbildung oder dem Beruf ein weiterer wichtiger Faktor bei der Entstehung von Drop-out-Entwicklungen.

Bei der Analyse der Begründungen für die Unzufriedenheit mit den ausbildungsmäßigen und beruflichen Situationen fiel auf, daß die meisten Befragten dabei mehr oder minder politisch argumentierten. Die Schüler und Studenten bemängelten in erster Linie die Strukturen der gegenwärtigen Ausbildungssysteme, die Inhalte und Ziele der Ausbildung und die Haltung ihrer Lehrer. Auch kritisierten sie,ebenso wie die befragten Angestellten und Arbeiter, das Fehlen einer Möglichkeit, sich mit den von ihnen ausgeübten

Tätigkeiten zu identifizieren. Dabei hatte der Begriff "entfremdete Arbeit" eine zentrale Bedeutung. In welchem Maße diese Faktoren bei den Drogenkonsumenten tatsächlich für den Abbruch der beruflichen Entwicklung verantwortlich waren, bleibt dahingestellt. Bei der Bewertung solcher von Drogenkonsumenten geäußerten Begründungen ist daran zu denken, daß die "entfremdete Arbeit" seit dem Beginn der Jugendprotestbewegung ein überaus verbreiteter Begriff ist, der auch im Bewußtsein einfacherer Jugendlicher stets gegenwärtig ist und sich auch gut zur Rationalisierung von drogenbedingtem Versagen eignet.

Sowohl viele emanzipatorische als auch die selbsttherapeutischen Motivangaben drücken vor allem den Wunsch der Drogenkonsumenten aus, sich mit Hilfe der Rauschmittel besser analysieren zu können, um dadurch eigene seelische Probleme zu lösen. Aus zahlreichen Antworten geht jedoch auch hervor, daß nicht wenige Konsumenten gern auf die Reflexion der Ursachen ihrer Konflikte verzichten und sich von der Droge lediglich eine Verdrängung dieser Probleme versprechen. Dies kommt in folgenden Äußerungen gut zum Ausdruck: "Ich greife zu dem Rauschmittel, um abzuschalten", - "um zu vergessen",- "um mit Sorgen besser fertig zu werden".
Viele beruflich stark beanspruchte Haschisch-Raucher gaben an, daß sie Cannabis wegen seiner entspannenden Wirkung zu schätzen gelernt hätten und sie sich an Wochenenden bei guter Musik und einem guten Joint wieder für die kommende Woche "fitmachen" würden.
Hierbei wird deutlich sichtbar, daß Cannabis aus sehr verschiedenen Motivationen genommen wird.

## 2.3. Drogenspezifische Aspekte des Cannabis-Konsums

Wie bereits erwähnt, sind neben den spezifische Gegebenheiten des Sozialfeldes und der Persönlichkeitseigenschaften des Konsumenten,auch spezielle Drogeneffekte als Ursache für den Dro-

genkonsum von Bedeutung.
Bei Cannabis ist die Zahl der Eigenschaften von vornherein größer als bei den Reinsubstanzen, wie zum Beispiel LSD, da es sich bei dieser natürlichen pflanzlichen Droge um die Kombination mehrerer verschiedener Inhaltsstoffe handelt. Neben delta-8- und delta-9-THC, denen die psychischen Wirkungen zugesprochen werden, enthalten die Cannabis-Pflanzen noch weitere psychisch aktive Wirkstoffe, wie das Tetrahydrocannabivarin und eine größere Zahl bei gleicher Dosierung psychisch inaktiver Verbindungen, von denen nur unzureichend bekannt ist, welche Eigenschaften sie besitzen und in welchem Umfang sie die THC-Effekte beeinflussen (30).
Bisher sind über 20 Cannabinoide bekannt, die jedoch in unterschiedlicher Menge in den einzelnen Hanfsorten gefunden werden (30,122). Bei einer eigenen Analysenreihe (23) -von 33 aus der Berliner Drogenscene stammenden Haschisch-Proben konnte ein durchschnittlicher THC-Gehalt von 2,8 g % gefunden werden, das obere Extrem war 8,8 g %. Auch wenn die in der vorliegenden Erkundungsstudie errechneten durchschnittlichen Dosen pro Einnahme sich lediglich auf Gewichtsschätzungen der befragten Konsumenten stützten, kann man unter Berücksichtigung einer gewissen Fehlerbreite grob die pro Konsum aufgenommene Menge THC schätzen. MIRAS, SIMOS und TIGURIS (105) hatten errechnet, daß 40 % der Inhaltsstoffe von Cannabis beim Rauchen verschwinden, die Menge des THC, jedenfalls unter Versuchsbedingungen an der "Rauchmaschine", unverändert bleibt. Geht man davon aus, daß etwas mehr als die Hälfte des THC, rund 60 %, nicht in den Körper gelangt, weil es entweder in der Asche zurückbleibt oder mit dem restlichen Rauch wieder aus der Lunge herausgeblasen wird, dan würden etwa 40 % des THC vom Körper aufgenommen. Legt man den durchschnittlichen THC-Gehalt von 2,8 g % der Berliner Haschisch-Proben und die durchschnittliche Menge von 1 Gramm Haschisch pro Einnahme zugrunde, dann errechnet sich eine durchschnittliche Aufnahme von 11 mg THC pro Einnahme. Ein 70 kg schwerer Mensch würde dann etwa 0,16 mg THC pro kg Körpergewicht aufgenommen hanen.
Die für den Konsumenten erwünschten psychischen Wirkungen treten nach etwa 0,1 mg THC pro kg Körpergewicht auf (30).

Diese Berechnungen zeigen, daß die Konsumenten mit hoher Wahrscheinlichkeit keine übertriebenen, sondern recht genaue Angaben bei der Befragung gemacht hatten.

Während des Interviews wurden die Drogenkonsumenten auch gefragt, ob sie schon einmal beim Kauf von Rauschmitteln in Art und Qualität betrogen worden seien. 55 % des Gesamtkollektivs gaben an, bereits irgendwann einmal beim Kauf von Rauschmitteln betrogen worden zu sein, die Jüngeren (59 %) häufiger als die Älteren (52 %). Wie aus zahlreichen Schilderungen der Betrugspraktiken der befragten Dealer hervorging, wurde das Haschisch vor dem Weiterverkauf meist mit Mehl, Honig, Zucker, Tapetenkleister oder gar mit Schuhcreme gestreckt. Ganz minderwertiges Haschisch wurde als "Kamelmist" bezeichnet, da es schon vorgekommen sein soll, daß der angebotene "Stoff" aus eben diesem Material bestanden hatte.
Viele Befragte äußerten die Vermutung, daß in einem Teil der Haschisch-Sorten Opium enthalten sei. Diese Sorten, die oft als "Hasch mit O" von den Dealern als besondere Spezialität für Kenner angepriesen worden waren, wurden in einer Analysenreihe im Institut untersucht. Keine der Proben enthielt Morphin oder andere Opiumalkaloide[1].
In der öffentlichen Diskussion über das Rauschmittelproblem ist in der letzten Zeit immer häufiger die Ansicht zu hören, daß eine der größten Gefahren des Haschischrauchens in der Vermengung von Haschisch und Opium besteht, und daß hierin einer der Faktoren für das Umsteigen auf härtere Drogen zu sehen ist.

Die Meinung, daß die oft unterschiedliche Wirkung verschiedener Haschisch-Sorten auf die Beimengung anderer Stoffe zurückzuführen sei, ist nicht neu. So findet man zum Beispiel in der Giftlehre von HENKEL (59) aus dem Jahre 1862 den Hinweis, daß den Zubereitungen Moschus, Opium, Kanthariden und auch Kalomel zugemischt gewesen sein sollen. Beweise wurden jedoch nicht erbracht. Auch in Arbeiten neueren Datums konnten wir bisher nur bei HONECKER und COPER (66) die konkrete Angabe finden, daß

---

[1] Herrn Dr. rer. nat. E. KLUG sei für die Durchführung der chemischen Analysen herzlich gedankt.

unter 3o analysierten Proben eine mit einem Gehalt von rund 1 % Morphin gefunden wurde.
Da somit die Diskrepanz zwischen der gängigen "O-Fabel" und den tatsächlichen Gegebenheiten besteht, erhebt sich die Frage, wie es dazu kommt, daß sogar die Haschisch-Konsumenten selbst häufig an eine Opiat-Beimengung glauben, obwohl einige von ihnen sehr anschaulich schilderten, daß Versuche, pures Rohopium in einer Pfeife zu rauchen, regelmäßig daran scheitern, daß das angezündete Rohopium stark qualme, und stinke und zu starken Übelkeitsreaktionen führe. Rauchbar ist dagegen das sogenannte Chantou, bei dem es sich um ein von Schleim und anderen Ballaststoffen befreites fermentiertes Rohopium handelt. Außerdem ist es fraglich, ob es überhaupt möglich ist, eine für einen Rausch ausreichende Opiummenge in das Haschisch zu bringen, ohne daß der Raucher bemerkt. Hinsichtlich der zu rauchenden Menge gibt OETTEL (110) nämlich an, daß pro Pfeife rund 0,7 g Rauchopium benötigt werden, um bei sachgerechter Rauchtechnik 10 bis 15 mg Morphin, also gerade die übliche therapeutische Dosis, aufzunehmen.

Das Ergebnis unserer Untersuchung zeigte, daß eine Beziehung zwischen der Annahme einer Opiatbeimengung seitens der Verbraucher und dem THC-Gehalt der entsprechenden Haschisch-Probe bestand. Außergewöhnliche Rauschreaktionen traten nämlich vor allem bei den überdurchschnittlich starken Haschisch-Sorten auf. Die Konsumenten rauchen gewöhnlich relativ schwaches Haschisch, das meist mit indifferenten Stoffen gestreckt ist. Beim Gebrauch der selten erhältlichen starken Sorten treten nun andere und intensivere Effekte als gewöhnlich auf. Diese durch sehr starke Haschisch-Proben verursachten tiefgreifenden Rauschwirkungen, die oft auch noch am Tage nach der Einnahme als "körperliche Wirkung" zu spüren sind, möchte der Konsument oft nur allzu gern auf eine Opiumbeimengung zurückführen. Deshalb sollten gerade diese ungewöhnlichen und relativ selteneren Haschisch-Effekte verstärkt untersucht werden, um die Beurteilung der Frage nach der Gefährlichkeit des Cannabis-Gebrauchs zu erleichtern. Es wird dabei aber notwendig sein, bei einer wesentlich größeren Zahl von Proben Erfahrungen

zu sammeln und genaue Beziehungen zwischen eingenommener Wirkstoffmenge, eventuellen Begleitstoffen und dem Wirkungsbild zu ermitteln.
Ergänzend zu den bereits im Ergebnisteil diskutierten Gesichtspunkten sollen hier noch einige weitere Überlegungen zu den berichteten Effekten angeführt werden.
Unangenehme vegetative Cannabis-Effekte beim erstmaligen Konsum sind insofern von Bedeutung, als sie bei diesen Konsumenten eine Aversion gegen Haschisch und somit gegen einen erneuten Konsumversuch bewirken können. Diese Probierer können durch ihre eigenen negativen Erfahrungen eine ablehnende Haltung gegen Haschisch einnehmen, ihre Neugier ist dann weitgehend gestillt, und sie können ihren Freunden sagen: "Ich habe es probiert, doch es hat mir nicht gefallen".
Vor allem Nichtraucher empfanden das Inhalieren des scharfen Rauches und die darauf folgenden Hustenanfälle als ein unüberwindliches Hindernis für die Fortsetzung von Konsumversuchen. Auch psychische Mißempfindungen beim ersten Konsum führten bei vielen Probierern zu einer ablehnenden Einstellung gegenüber Haschisch.
Sieht man von den unangenehmen vegetativen Symptomen ab, die vor allem bei den ersten Rauchversuchen auftreten, so stellt sich das angegebene Wirkungsbild, verglichen mit Untersuchungen unter Laboratoriumsbedingungen, überwiegend positiv dar. Dies ist nicht zuletzt darauf zurückzuführen, daß die Konsumenten das Haschisch unter den ihnen genehmen Bedingungen geraucht hatten. Daraus ist zu erkennen, Cannabis entfaltet so umgreifende Wirkungen auf die emotionalen Bereiche des Berauschten, daß daraus zwangsläufig eine Änderung des gewohnten Interaktions-Schemas resultiert. Darin liegt einerseits eine große Gefahr, andererseits wird aber verständlich, daß diejenigen, die unter Hemmungen und Kommunikationsstörungen leiden, im Cannabis-Konsum eine Chance für eine Besserung ihrer Schwierigkeiten sehen. Im sogenannten "New Yorker La Guardia Report" (102) wird dieser Aspekt des Cannabis-Rausches deutlich beschrieben:

"Da die Droge die Versuchsperson entspannt, werden die Zwänge, die sie sich normalerweise selbst auferlegt, gelockert, und sie spricht viel freier, als sie es ohne Droge tun würde. Sie spricht über Dinge, über die sie gewöhnlich nicht reden würde. Metaphysische Probleme, die ohne Droge verschwiegen würden, sexuelle Phantasien, die sie gewöhnlich nur zögernd erwähnen würde, Witze ohne Pointe, dies alles ist Teil eines Wortstromes, der durch Marihuana freigesetzt wird."

Die Angaben der Befragten bei unserer Untersuchung weisen darauf hin, daß die durch Cannabis bewirkte Harmonisierung im sexuellen Bereich im wesentlichen auf den Verlust von Verkrampfungen und Hemmungen zurückzuführen ist. Auch die Hinweise auf eine Erhöhung der Kommunikationsbereitschaft können in gleicher Weise erklärt werden. Bei kleineren Dosen kommt bei den Berauschten eine ausgesprochene Fröhlichkeit und Ausgelassenheit auf, die jedoch bei einigen Konsumenten, und besonders bei höheren Dosen, jäh in tiefe Depression umschlagen kann. Als Ursachen für solche Stimmungsänderungen nannten die befragten Konsumenten vorbestehende seelische Konflikte, störende Personen oder Ereignisse, Überdosierung oder gleichzeitigen Alkoholkonsum. Dabei können starke Übertragungs- und Gegenübertragungsphänomene auftreten. Trotz der gleichzeitigen affektiven Labilisierung werden im Cannabis-Rausch so gut wie nie Aggressionshandlungen beobachtet. Wahrscheinlich verhindert die sedierende und passivierende Komponente des Haschisch die Durchführung eventuell auftretender dranghafter Willensimpulse.

Sehr komplexe Phänomene treten im Bereich der Bewußtseinsfunktionen auf. Der Gedankenablauf wird fragmentiert, das Körper- und Zeitschema kann zerfallen. Dabei treten nicht selten Regressionen auf: der Berauschte fühlt sich plötzlich in eine Phase seiner Kindheit zurückversetzt.

Aus den Angaben der befragten Konsumenten geht hervor, daß die Phantasie und die Assoziationen im Cannabis-Rausch gesteigert sind. Bei höheren Dosen traten bei den Berauschten auch Visionen und Halluzinationen auf. Häufiger als echte Halluzinationen waren jedoch Illusionen, das heißt veränderte Wahrnehmungen von konkreten Gegenständen, Tönen, Geräuschen etc. und sogenannte Elementarhalluzinationen von farbigen Mustern und geometrischen Strukturen. Diese Visionen können sowohl zu starken

Euphorien und Glückszuständen führen, als auch zu Verfolgungsängsten.
Sowohl die LSD-Konsumenten auf einem "Horror-Trip", als auch Cannabis-Konsumenten mit paranoiden Angsterlebnissen versuchten, wenn auch auf verschiedene Weise, ihren unangenehmen Zustand zu beenden, z.B. durch Herunterreden der Ängste, durch Ortswechsel oder durch Beruhigungsmittel (Tranquilizer). Gebräuchlich ist bei Horror-Zuständen auch das Essen einiger Löffel Zucker, das angeblich eine positive, angstmindernde Stoffwechselveränderung im Gehirn herbeiführen soll. Gelegentlich kommt es auch vor, daß sich Drogenkonsumenten von besonders starken "Horror-Trips" mit Hilfe von Opiat-Injektionen "herunterholen" lassen.
Einige Befragte meinten, daß sie "aufgrund der bewußtseinserweiternden Wirkung von Haschisch allgemein besser durchblickten". Solche, als Evidenzerlebnisse bezeichnete Änderungen der rationalen Funktionen können zu Einstellungsänderungen führen und irrationale Wertsysteme induzieren.
Eine der am häufigsten und leidenschaftlichsten diskutierten Fragen ist die, ob durch Cannabis und Halluzinogene eine "Bewußtseinserweiterung" möglich sei. Die meisten Konsumenten dieser Drogen und ein Teil der Experten sindder Auffassung, daß eine Bewußtseinserweiterung durch Rauschmittel möglich ist, andere verneinen eine solche Möglichkeit und sprechen sogar von Bewußtseinseinengung oder Bewußtseinszerstörung.
In seiner Publikation "Bewußtseinserweiternde Drogen in psychoanalytischer Sicht" vertritt AMMON (5) die Auffassung, daß die bewußtseinserweiternde Wirkung der halluzinogenen Drogen auf Ich-gesunde Persönlichkeiten, ebenso wie die positive Wirkung der Drogen in der psychotherapeutischen Arbeit, eine Tatsache sei. Die Drogen erlaubten eine systematische Erforschung der Ich-Zustände und Bewußtseinstätigkeiten, was für die Wissenschaft vom Menschen eine gar nicht zu überschätzende Bedeutung habe. Eine schädliche und zerstörerische Wirkung der Drogen tritt nach der Auffassung von AMMON und Mitarbeitern nur bei präpsychotischen Persönlichkeiten auf. Diese Gruppe präpsycho-

tischer Persönlichkeiten sei in unserer Gesellschaft aber erstaunlich groß und viele Anzeichen deuteten darauf hin, daß eine allgemeine Syndromverschiebung von der klassischen Neurose zur "Borderline-Persönlichkeit" stattfände. AMMON und Mitarbeiter schreiben:

> "So ist z.B. bei vielen Drogen bekannt, daß der Rausch, den sie hervorbringen, erst gelernt werden muß, ebenso wie schöpferische Menschen lernen, ihre Inspiration zu verfolgen, bzw. sich die Situation zu schaffen, in der ihnen "etwas einfällt". Wir haben es hier mit hochdifferenzierten Entwicklungen der Ich-Kontrollfähigkeit zu tun, und auch in diesem Sinne können wir von einer möglichen bewußtseinserweiternden Wirkung der halluzinogenen Drogen sprechen."

Eine Diskussion über "Bewußtseinserweiterung" ist vor allem deshalb außerordentlich schwierig, weil es für diesen Begriff bisher keine einheitliche Definition gibt. Einer der beider Berliner Untersuchung befragten Probanden äußerte sich schriftlich zu der Frage der "Bewußtseinserweiterung". Sein Aufsatz war überschrieben mit dem Titel "Psychedelische Wissenschaft-Experimentelle Metaphysik" (88). Darin äußert der Autor die Auffassung, daß auch in extremen Phasen des Cannabis- und Halluzinogen-Rausches sich das Bewußtsein nicht trübe, sondern daß man in beseligender oder schrecklicher Helligkeit und Klarheit quantitativ mehr und qualitativ Besseres erlebe als in gewöhnlichen Stunden. Der vom Haschisch berauschte sehe mehr, denke mehr, höre mehr, fühle mehr und träume mehr als der gewöhnliche Mensch, er erfahre einen Realitätszuwachs, eine Realitätsverdoppelung. Der psychedelische Mensch sei der willentlich-unwillentliche Schöpfer neuer Bewußtseinswelten, die die alte, nur ungenügend erkannte Umwelt einschlössen. Er sei nicht auf der Flucht vor der Realität, vielmehr auf der Suche nach einer "größeren Wirklichkeit". Tempo, Intensität und Verknüpfungsmodus der psychedelischen Vorstellungen eröffneten einen mehrdimensionalen Bewußtseinsraum, in dem sich "per Saldo" mehr Elemente des Realen befänden, als in der Alltagswelt. Der Psychedeliker transzendiere die Sprache, indem er die dazugehörigen Vorstellungen intensiviere, vervielfache und in ungewohnter Weise miteinander verknüpfe. Dadurch

könne er erkennen, daß die Realität des Universums jenseits der Worte liege. Das neue Bewußtsein schaffe sich neue Medien: psychedelische Musik, psychedelische Kunst, mixed-media-Theater und stroboskopischen Film.

Zahlreiche Publikationen propagierten zu Beginn der Drogenwelle die Möglichkeiten der "Bewußtseinserweiterung". Der geistige Vater der "neuen Botschaft" war der amerikanische Psychologe TIMOTHY LEARY, der in zahlreichen Publikationen den Drogenkonsum als Mittel der individuellen Befreiung und als "Weg zu Gott" anpries: "turn on, tune in, drop out"[1]. In Deutschland erschien 1970 sein Buch "Politik der Ekstase"[2]. Große Verbreitung fanden auch die Bücher von GELPKE[3] und STECKEL[4].

Inzwischen ist die anfängliche Begeisterung für die "bewußtseinserweiternden" Drogen einer zunehmenden Ernüchterung gewichen. KRANICH (85) schreibt in einem mit "Nachruf" überschriebenen Abschnitt seines Aufsatzes "Bewußtseinsreise":

> "Wir glaubten, Haschisch und LSD bringe eine Bewußtseinserweiterung, unsere Erlebnisse schienen es zu bestätigen... Auch der Anschein von Bewußtseinserweiterung, den Haschisch und LSD gaben, hat sich verflüchtigt, es geschieht nichts mehr, die Wirkungen ebnen sich immer mehr zu Trägheit und Dumpfheit oder zu Kinoersatz ein... Heute, nach einem langen Marsch, stehen wir hier und sehen Konsum: Massenweise wird Haschisch, LSD, Opium, Heroin wahllos konsumiert... Die Grenzen zwischen den Menschen und Raum und Zeit wurden nicht überwunden, sondern nur verwischt... Für offene Augen ist es sichtbar: Es war ein Irrweg."

KLEINER (83) nennt die "Bewußseinserweiterung" eine "ideologisch fixierte illusionäre Fehlerwartung", REDHARDT (117) spricht in diesem Zusammenhang von der "Befreiung von den Kontrollinstanzen des eigenen Verstandes"und von einer "Absage auf eine Durchdringung der erfahrbaren Welt mit den verfügbaren Mitteln".

---

[1] Sinngemäß heißt das etwa: Erwache aus dem Schlaf deines Normalbewußtseins, stimme dich ein auf das neue psychedelische Bewußtsein, steige aus aus dem Gefängnis der Normen und der alten Gesellschaft.

[2] LEARY, T.: "Politik der Ekstase . Die wichtigsten grundlegenden Texte zum Verständnis der psychedelischen Drogen und der psychedelischen Bewegung"; Wegner, Hamburg 1970

[3] GELPKE: "Drogen und Seelenerweiterung" (47)

[4] STECKEL: "Bewußtseinserweiternde Drogen" (134)

Vergleicht man die von den männlichen Befragten geschilderten Haschisch-Wirkungen mit denen von weiblichen Personen angegebenen, so werden keine großen Differenzen sichtbar. Einige Haschisch-Effekte waren allerdings bei den Männern etwas häufiger, andere wieder bei den Frauen. So zeichnet sich ab, daß die mehr der Vitalsphäre zuzuordnenden Empfindungen, wie Hunger und Durst, tiefer und traumreicher Schlaf nach Haschisch-Genuß, Intensivierung von Kontaktbedürfnissen und sexuelle Stimulierung bei Frauen relativ etwas häufiger angegeben wurden, während Veränderungen im Denken, so Hinweise auf ein "verändertes Bewußtsein", Auswirkungen auf Urteilsakte (Evidenzerlebnisse), ferner Hinweise auf "Selbstreflexion" häufiger von männlichen Befragten berichtet wurden. Diese Unterschiede dürften jedoch kaum geschlechtlicher, bzw. biologischer Natur sein, vielmehr kann angenommen werden, daß sie auf angelernte, sozialpsychologische Verhaltensmuster zurückzuführen sind.

Faßt man die Auswertungsergebnisse zusammen, so stellt sich den Rauschmittelkonsumenten die Haschisch-Wirkung offenkundig überwiegend als wohltuendes, das individuelle Erleben und die Gruppenkontakte bereicherndes und nur anfangs mit negativen Begleiterscheinungen verknüpftes Erlebnis dar. Kennzeichnende Wirkungsmerkmale sind sedierende, spannungsmindernde und euphorisierende Effekte mit Auswirkungen auf Gruppenkontakte im Sinne einer Harmonisierung.
Es kann gefolgert werden, daß dem potentiellen Konsumenten ein solches Wirkungsspektrum als erstrebenswert erscheint. Andererseits läßt sich aber auch erkennen, daß nicht wenige eine auch subjektiv empfundene Initiative- und Antriebsminderung erfahren haben.

Die Frage möglicher chronischer Haschisch-Effekte könnte nur genauer überprüft werden bei Personen, die ausschließlich Haschisch über eine längere Zeit häufig geraucht haben. Doch ergibt die Auswertung, daß bei besonders häufigem Haschischgebrauch ziemlich regelmäßig auch weitere Mittel genommen werden, insbesondere LSD. Eine begründete Stellungnahme zur Frage der Dauerwirkung chronischer Haschisch-Zufuhr dürfte somit erhebliche

grundsätzliche Schwierigkeiten aufwerfen. Ein vorsichtiges empirisches Vorgehen könnte dennoch weiterführen, in der Weise nämlich, daß charakteristische Vertreter der verschiedenen Konsumenten-Typen über einen längeren Zeitraum hinweg vergleichend beobachtet werden.

## 3. Zur Frage des "Umsteigeeffektes" von Cannabis auf "härtere" Drogen und zur Frage der Legalisierung von Haschisch

Eine in der öffentlichen Diskussion häufig zu hörende Meinung geht dahin, daß der Konsum von Haschisch zu dem Gebrauch von anderen, "härteren" Drogen, wie zum Beispiel LSD, Opium und Heroin führe. Dabei wird die sogenannte "Domino-Theorie" erwähnt, wonach der Cannabis-Konsum der Anstoß für den Konsum weiterer Drogen ist, und nicht selten wird vermutet, daß dem Haschisch ein spezifischer "Umsteigeeffekt" eigen sei.
Inzwischen ist man in der Lage, die Dinge differenzierter zu sehen. In der Literatur findet man bereits eine Reihe wichtiger Beiträge zu diesem Problem, die, zusammen mit den Ergebnissen der eigenen Untersuchung zu diesem Punkt, zu recht gut vertretbaren Aussagen berechtigen.
Zunächst muß deutlich gemacht werden, daß jede Droge, also auch Tabak, Alkohol und Tabletten, ebenso wie Haschisch,die Einstiegsdroge für einen späteren polytropen Rauschmittelkonsum sein kann. Bei einer im Saarland durchgeführten Untersuchung (125) in Form von Stichproben hatte SCHMITT,festgestellt, daß alle Haschisch-Konsumenten bereits vorher starke Raucher waren. SCHMITT gelangte deshalb zu der Auffassung, daß die eigentliche "Einstiegsdroge" die Zigarette sei.
Bei der eigenen Untersuchung waren nur 11 % Nichtraucher, die überwiegend den Probierern und den Gelegenheits-Konsumenten

zuzurechnen waren. Daraus ergibt sich, daß Nichtraucher weniger gefährdet sind, eine Abhängigkeit vom Cannabis-Typ zu entwikkeln als Raucher.
BURCHARD vertrat 1970 auf dem Kongress der DEutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenheilkunde die Ansicht, daß auch Alkohol die "Einstiegsdroge" sein könne.
Bei der eigenen in [illegible] Berlin durchgeführten Befragung konnte festgestellt werden, daß nicht wenige Jugendliche vor ihrem Cannabis-, Halluzinogen- und Opiatkonsum bereits exzessiv Alkohol getrunken hatten. Bei einigen derjenigen, die ihren Opiatkonsum oder ihren exzessiven Halluzinogen-Konsum wieder eingestellt hatten, konnte beobachtet werden, daß sie danach wieder täglich in großen Mengen Alkohol tranken. Wie in Tabelle 17 des Ergebnis-Teils dargestellt, hatte der regelmäßige Alkohol-Konsum in dem Maße nachgelassen, wie der Konsum von Cannabis, Halluzinogenen und Opiaten zugenommen hatte.
WANKE (142) stellte eine signifikante bis hochsignifikante Beziehung zwischen der Art der erstgebrauchten Droge (einschließlich Alkohol) und einer späteren Drogenabhängigkeit fest. Jene, die von WANKE als "abhängige Probanden" definiert wurden, hatten als "Einstiegsdroge" überwiegend Alkohol (63 %) und Weckmittel (14 %) genannt, jene jedoch, die als "nicht-abhängige Probanden" angesehen wurden, als erstgebrauchte Drogen vor allem Haschisch (23 %), LSD (2 %) und andere Rauschmittel (zum Beispiel Sniffing).
Eine der wichtigsten Untersuchungen zu diesem Problem stammt von BALL und Mitarbeitern (9). Diese Wissenschaftler hatten 1968 in den USA die Beziehung zwischen dem Rauchen von Marihuana und einer Opiatabhängigkeit gesucht. Diese Studie hatte ergeben, daß in zwölf Staaten des Südens der USA keine Beziehung zwischen dem Marihuana-Konsum und dem weit verbreiteten Opiat-Konsum bestand; in den städtischen Gegenden des Ostens und Westens der Vereinigten Staaten bestand dagegen eine solche Beziehung. Die Autoren kommen daher zu dem Schluß, daß es verschiedene Verhaltensarten gibt, die zu einer Drogenabhängigkeit führen können..
RASSECH (116) berichtete 1971 auf dem Kongress der Deutschen

Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenheilkunde in Bad Nauheim, daß bei einer langjährigen Beobachtungsstudie in Afghanistan von 25 Haschisch-Konsumenten keiner auf eine andere Droge umgestiegen war, obgleich dort Opium leicht erhältlich ist.

Diese Untersuchungen sind Hinweise darauf, daß das "Umsteigen" auf andere Drogen von mehreren Faktoren abhängt. Doch bevor auf diese multifaktoriellen Bedingungen des polytropen Konsums näher eingegangen wird, sollen erst die Ergebnisse einiger Untersuchungen über die Drogensequenz erörtert werden.
Sieht man von dem Tabak- und Alkoholkonsum ab, den bei der eigenen Untersuchung die meisten Befragten bereits vor ihrem Cannabis-, Halluzinogen-, Tabletten- und Opiatkonsum hatten, dann war bei 83 % Haschisch das erste illegale Rauschmittel. Bei den restlichen 17 % war die erste Droge entweder ein illegal konsumiertes psychotropes Medikament oder ein Halluzinogen. Insgesamt hatten 48 % Haschisch- und LSD-Erfahrungen, 17 % hatten mindestens einmal Opiate versucht, 15 % Psychotonika und 8 % Tranquilizer, Schlaf- und Beruhigungsmittel, organische Lösungsmittel oder andere Stoffe.
Von denen, die außer Haschisch auch noch andere Drogen konsumierten (126 Personen, 54 % des Gesamtkollektivs), hatten 87 Haschisch als erstes Mittel genommen, das sind 69 % dieser Gruppe. Diese 87 Personen sind 37 % des Gesamtkollektivs, das heißt, daß 37 % des von uns befragten Gesamtkollektivs mit Haschisch angefangen hatten und dann auf andere Drogen "umgestiegen"sind.
Ein Vergleich der Prozentzahlen der verschiedenen Untersuchungen ist schwierig, da die Provenienz und die Beschaffenheit der untersuchten Kollektive sehr unterschiedlich waren.
So waren in dem Kollektiv, das WANKE und Mitarbeiter untersuchten, nur 9 reine Cannabis-Konsumenten, dagegen 102 Probanden, die zusätzlich Opiate konsumierten. WANKE (142) schreibt: "Nur 5 % blieben bei Haschisch, bei 11 % kamen Halluzinogene hinzu, bei 15 weiteren Prozent zusätzlich Weckmittel, bei 62 % auch Opiate. 9 % hatten nur eine Droge konsumiert, 20 % zwei und 60 % zwischen 3 und 6 Drogen".

Bei der Hamburger Schüleruntersuchung von JASINSKY(71) hatten 72 % der Konsumenten Haschisch als erstes Rauschmittel genommen, 48 % als erstes und einziges. Rund die Hälfte der Konsumenten hatte mehr als ein Rauschmittel genommen. Neben Cannabis (82 %) wurden meist Weckmittel (45 %) und Halluzinogene (19 %), seltener Opiate (7 % oral, 2 % injiziert)konsumiert.
Bei der Schüleruntersuchung von SCHWARZ (129) in Schleswig Holstein hatten 93 % der User Haschisch geraucht, in abnehmender Häufigkeit folgten Weckamine und Halluzinogene. 57 % hatten nur ein Mittel genommen, 22 % zwei und 22 % drei oder mehr verschiedene Drogen.
Eine Expertengruppe der Weltgesundheitsorganisation (WHO) stellte 1971 in einem Report über Cannabis (122) fest, daß die Verbindung von Cannabis- und Opiatkonsum nicht ausreiche, um daraus eine kausale Beziehung zwischen dem Gebrauch der einen und der anderen Droge abzuleiten. Es ist zwar richtig, daß eine Korrelation zwischen dem Konsum von Haschisch und Opiaten allein nicht ausreicht, um eine kausale Beziehung zwischen dem Konsum dieser beiden Drogen zu beweisen, jedoch kann bei sorgfältiger und umfassender Prüfung der Zusammenhänge sehr wohl eine Verbindung zwischen dem Haschisch- und dem Opiatkonsum gesehen werden.
Da wäre zuerst die Tatsache zu nennen, daß die meisten Haschisch-Raucher die Droge in einem abgeschirmten Kreis von Drogenkonsumenten zu sich nehmen, in dem nicht selten auch "Fixer" anwesend sind. Dieser Kontakt birgt die Gefahr der "Ansteckung" in sich und weckt nicht selten die Neugier der Opiat-Unerfahrenen.
In der eigenen Untersuchung hatte ein Viertel der Befragten angegeben, irgendwann einmal von Opiatsüchtigen aufgefordert worden zu sein, am "Fixen" teilzunehmen. Von den jüngeren Befragten unter 20 Jahren war es sogar jeder dritte. Einige berichteten, daß sie schon häufiger von opiatsüchtigen Freunden eingeladen worden waren, sich einen Opiat-"Schuß" zu injizieren.

Die Tendenz, sich mit den Normen der Gruppe zu identifizieren, um dazuzugehören, ist bei Jugendlichen besonders stark.

Darüber hinaus ist der Cannabis-Raucher in ständigem Kontakt mit seinem illegalen Drogenhändler und darauf angewiesen, was dieser Dealer ihm an "Stoff" anbietet. Nicht wenige dieser Händler sind selbst opiatabhängig und aufgrund ihrer ständig größer werdenden Sucht und dem deswegen zunehmenden Bedarf an Geld bestrebt, sich einen möglichst großen und "sicheren" Abnehmerkreis zu schaffen.
Ein in diesem Zusammenhang häufig vertretenes Argument geht dahin, daß das Haschisch-Verbot die Cannabis-Konsumenten in die Arme der Drogenhändler und damit zu den "harten" Drogen treibe und daß eine Legalisierung von Haschisch die Zahl der "Umsteiger" vermindere. Die Hypothese, daß durch einen legalisierten weit verbreiteten Haschisch-Konsum die Drogenproblematik geringer würde, ist nicht nur falsch, sondern auch gefährlich.
In der vorliegenden Studie haben sich zahlreiche Aspekte ergeben, die gegen eine Legalisierung von Haschisch sprechen. Es wurde offensichtlich, daß besonders die jüngeren Jugendlichen, die sich in einer entscheidenden Entwicklungsphase ihres Lebens befinden, zu einem unkritischen und exzessiven Konsum neigten. Eine Reihe von Befragten hatte seit dem Beginn des Drogenkonsums eine Veränderung ihres Antriebs und ihrer Initiative bemerkt, viele berichteten allgemeine Veränderungen ihrer Lebenseinstellung. Der Anteil derjenigen, die ihre Ausbildungen oder Berufe aufgegeben hatten und seitdem eine Drop-out-Existenz führten, war unter den Drogenkonsumenten erheblich.
Diese und einige andere Tatsachen verstärkten die Auffassung vieler Experten, daß bei prädisponierten Persönlichkeiten der Konsum von Haschisch die labile Struktur dieser Menschen in verschiedener Weise pathologisch vertiefen und weiterentwickeln kann. Der Konsument von Haschisch ist aufgrund zahlreicher Bedingungen gefährdeter, an Opiate zu gelangen, als der Nichtkonsument.
Zahlreiche Publikationen, die nicht in genügender Weise den möglichen Gefahren des Haschisch-Konsums Rechnung tragen, haben viele Konsumenten in ihren Haschisch-befürwortenden

Einstellungen bestärkt und somit zur Verbreitung des Drogenkonsums beigetragen. Noch 1970 hat ein Fach-unkundiger Journalist einen "Haschisch-Report"[1] veröffentlicht, indem zwar nur ein Bruchteil der Literatur über Haschisch berücksichtigt wurde, worin jedoch zu lesen war: "Die Bibliographie erhebt Anspruch darauf, die erste und einzige im wesentlichen vollständige Bibliographie zu sein, die es in europäischen Sprachen zum Thema Haschisch gibt".

Da es sich bei allen Drogen um chemisch wirksame Substanzen handelt, die wegen ihrer toxischen Wirkungen vor allem in den Kompetenzbereich der Naturwissenschaftler, insbesondere der Toxikologen,Pharmakologen und Mediziner, fallen, kann eine Entscheidung über eine eventuelle Freigabe von Haschisch oder anderen Rauschdrogen nur nach einer interdisziplinären Abwägung aller Gesichtspunkte erfolgen. Geistes- und Naturwissenschaftler müßten also gemeinsam an der Lösung der Probleme arbeiten und Auswege nicht allein aus der Sicht eines einzelnen Fachbereiches angeboten werden.

Für diese Art der Zusammenarbeit gibt es bisher leider nur wenige überzeugende Beispiele, und auch der eigene Versuch hatte nicht zu der wünschenswerten Gemeinsamkeit geführt[2].

Sehr viele Cannabis-Konsumenten rauchen Haschisch wegen seiner euphorisierenden Wirkung.

Wenn sie diese euphorisierende Stimmung nicht mehr missen können, diese Wirkung aber nicht mehr zu steigern ist oder gar allmählich nachläßt, dann ist die Gefahr des "Griffes zur Spritze" groß. Es bleibt dem Haschisch-Raucher nicht lange unbekannt, daß Opiate ein stärkeres "high" erzeugen als Cannabis, dafür sorgen schon seine opiaterfahrenen Freunde.

KRANICH (86) vertritt in seinem Aufsatz "Umkreisungen: Ein Nachruf auf die Drogenwelt" die Auffassung, daß die Halluzinogene das Klima für die weitere Entwicklung der Drogenscene in Rich-

---

[1] R.W. LEONHARDT: Haschisch-Report , Dokumente und Fakten zur Beurteilung eines sogenannten Rauschgiftes. Piper, München 1970

[2] Der Soziologe U. HOMANN, der anfangs an der Studie mitgearbeitet hatte, verfaßte 1972 ein Buch (65), das im Grundtenor eine Freigabe des Haschisch-Konsums erwägt . Diese Auffassung entspricht nicht der Meinung der anderen Mitglieder des Forschungsteams.

tung auf den vermehrten Konsum von Opiaten vorbereitet haben. Die Halluzinogene schafften, wie KRANICH meint, eine Disposition, die einen Teil der Konsumenten zu harten Drogen führe. Diese Disposition werde durch die Erwartungshaltung geprägt, die durch die ständige Zuführung von Drogen angelernt werde.

Die Haltung der Gesetzgeber, Haschisch nicht eher für den freien Handel zuzulassen, bis dessen Unschädlichkeit eindeutig nachgewiesen ist, wird von den meisten Drogenkonsumenten als repressiver Akt zur Unterdrückung von Minderheiten aufgefaßt. Diese Haltung des Staates, die durch die neueren Hinweise auf zahlreiche schädliche Folgen des chronischen und exzessiven Haschisch-Konsums in ihrer Richtigkeit bestätigt wurde, wird von den Drogenkonsumenten eigenartigerweise hinsichtlich der Kontrolle der medizinischen Drogen und der Lebensmittelüberwachung anerkannt, hinsichtlich der Rauschdrogen jedoch abgelehnt. Die Drogenkonsumenten "sympathisieren" und"solidarisieren"sich mit sämtlichen "unterdrückten" Drogen, wie aus der vorliegenden Befragung hervorgeht. Fast alle Befragten waren für eine Freigabe von Haschisch. Obwohl 82 % der Befragten davon überzeugt waren, daß LSD gesundheitsschädlich sei, war jeder dritte für die Freigabe dieser Droge. Über die Gesundheitsschädlichkeit des Opiums waren sich nahezu alle Befragten im klaren, dennoch traten 10 % für einen freien Verkauf der Opiate ein. Diese Zahlen demonstrieren eine gewisse Protesthaltung gegen administrative Maßnahmen zur Kontrolle des Rauschmittelkonsums, die bei zahlreichen Drogenkonsumenten dazu führt, daß sie den Warnungen vor der Gefährlichkeit der suchterzeugenden Opiate mißtrauen.Zweifellos wurde in der Vergangenheit häufig der Fehler gemacht, daß man bei Warnungen vor den Rauschmitteln nicht genug differenzierte, was zu einer relativen Verharmlosung der Opiate führte. Viele Haschisch-Raucher stellten nämlich fest, daß die "Sucht" und das "Siechtum" sich bei ihnen und ihren Freunden wenig eindrucksvoll manifestierten.
Die Warnungen vor Cannabis waren zu hektisch, zu drastisch und zu wenig wirklichkeitsnah. Deshalb konnte es nicht ausbleiben, daß viele den berechtigten eindringlichen Warnungen vor den stark

suchtbildenden Opiaten keinen rechten Clauben mehr schenken konnten.
1971 wurde von einer Expertengruppe der WHO ein Report mit dem Titel "The Use of Cannabis" erstellt, in dem sehr differenziert über spezielle Fragen der Cannabis-Forschung diskutiert wird. In der Presse erschienen daraufhin zahlreiche, wenig genaue und zum Teil verharmlosende Berichte, die als offizielle Meinung der WHO hingestellt wurden. Der Bundesminister für Jugend, Familie und Gesundheit sah sich daraufhin veranlaßt, die WHO zu einer offiziellen Stellungnahme aufzufordern.(48). In dieser Stellungnahme heißt es unter anderem, daß die WHO ihre Einstellung gegenüber Cannabis nicht geändert habe. Cannabis sei eine zur Abhängigkeit führende Droge, die gesundheitliche und soziale Probleme hervorrufe. Überlegungen einzelner Experten, den Einzelgebrauch von Haschisch oder Marihuana nicht mehr unter Strafe zu stellen oder Feststellungen, daß die Drogen ungefährlicher seien als früher angenommen, bedeuteten jedoch nicht, daß diese Drogen harmlos oder ungefährlich seien.
Weiter heißt es in den Informationen des Bundesministeriums für Jugend, Familie und Gesundheit vom 30.3.1972 (48), daß die Experten übereinstimmend der Auffassung seien, daß die Langzeitwirkungen von Haschisch noch nicht genügend erforscht sind. Hier sei eine verstärkte wissenschaftliche Arbeit erforderlich. Immer wenn Gefährdungsmomente erkennbar sind, die geprüft werden müssen, haben die betreffenden Stoffe als gefährlich zu gelten. Dies gelte vergleichsweise auch für die Zusatzstoffe in Lebensmitteln und Arzneimitteln. Diese Regel müsse auch auf Drogen übertragen werden.

## VI. ZUSAMMENFASSUNG

234 junge Konsumenten von Cannabis-Drogen (Haschisch und Marihuana) und anderen Rauschmitteln wurden mit Hilfe eines strukturierten Fragebogens befragt. Die Interviewer erreichten ihre Probanden nach dem "Schneeball"-, bzw. "Lawinenprinzip", durch Weiterempfehlung von Konsument zu Konsument.
70 % des Kollektivs waren männlich, 30 % weiblich.
Das Durchschnittsalter der Befragten betrug 21,6 Jahre; 38 % waren jünger als 20 Jahre. Der Jüngste war 13 Jahre alt, nur 14 Befragte waren älter als 30 Jahre.
60 % der Befragten waren Schüler und Studenten, danach folgten Angestellte, Arbeiter, Lehrlinge und andere Berufe (Künstler, Lehrer, Beamte, Ärzte und Selbständige). 18 % hatten die Ausbildung oder den Beruf abgebrochen. Die Wohnsituation der Befragten war in der Reihenfolge der Häufigkeit: bei den Eltern, in einer Kommune, allein, mit einem Partner, häufiger Quartierwechsel und mit einem Ehepartner. 44 % kamen aus unvollständigen Familien. Bei 10 % waren die Eltern mit psychischen Erkrankungen belastet. 23 % nannten die Erziehungsmethode ihrer Eltern verwöhnend, 13 % nannten sie überstreng.
Drei Viertel der User hatten ihre erste Drogenerfahrung in Berlin, jeder zehnte in der Bundesrepublik und 12 % im Ausland gemacht. 91 % hatten ihr erstes Haschisch von Freunden geschenkt bekommen, 2 % hatten es von Freunden und 7 % von Drogenhändlern gekauft. 88 % rauchten Haschisch zum ersten Mal in einem privaten Kreis auf einer Party, 12 % in Lokalen, auf der Straße und in Parks. 73 % waren vorher auf das Rauschmittel neugierig, 60 % hatten seit längerem vor, es einmal zu probieren.

Die Befragten gaben einen durchschnittlichen monatlichen Haschisch-Konsum von 18 Einzeleinnahmen (Joints, Pfeifen ,etc.) an. 22 % waren Gelegenheits-Konsumenten (monatlicher Konsum), 44 % waren Wochenend-Konsumenten (wöchentlicher Konsum), und 34 % waren Gewohnheits-Konsumenten (täglicher Konsum).
Die Dauer des Drogenkonsums betrug zum Zeitpunkt des Interviews durchschnittlich 1,6 Jahre.

Die von den Usern geschätzte Haschisch-Menge pro Einnahme war im Durchschnitt ein Gramm. 45 % wiesen einen stabilen Konsum auf. Ihre Konsumfrequenz hatten 32 % gesteigert, 18 % hatten sie eingeschränkt. Die Einzeldosis hatten 20 % gesteigert, 14 % hatten sie herabgesetzt.
Die Wirkung von Haschisch wurde überwiegend positiv erlebt. Negative körperliche Begleiterscheinungen traten vor allem zu Beginn des Konsums auf. Motorische Effekte waren vor allem Zuckungen und Zittern der Muskulatur, passagere Lähmungen und Krämpfe wurden jeweils einmal beschrieben. Die Haut- und Tiefensensibilität war im Haschisch-Rausch gelegentlich gestört. Die Gefühle, der Affekt und die Stimmung waren während des Rausches meist gesteigert, häufig stark labilisiert, und von Fall zu Fall traten Ängste und Depressionen auf.
Einige User berichteten, daß ihr Antrieb und ihre Aggressivität im Rausch gedämpft seien. Der häufigste Effekt war die Intensivierung der Sinneswahrnehmungen, vor allem des Gehörs, der optischen Wahrnehmung, der Hautsensibilität, des Geschmacks- und Geruchssinns und der Empfindung der Vitalorgane. Häufig stellten sich Hunger und Durst ein. Die Phantasie und die Assoziationen wurden als gesteigert empfunden, zeitweise traten illusionäre Verkennungen, Wahnstimmungen und Veränderungen der zeitlichen und örtlichen Orientierung auf. Auch formale und und inhaltliche Denkstörungen wurden beschrieben. An vegetativen Symptomen wurden Übelkeit, Erbrechen, Schwindelgefühl, Tachykardie, Frieren, Rötung der Augen, Kopfschmerzen und Husten genannt. Der häufigste rauschüberdauernde Effekt war Müdigkeit.
91 % konsumierten das Rauschmittel überwiegend in Gesellschaft mit Freunden, dabei wurde der Rausch als entkrampfend und kommunikationsfördernd empfunden. Jedoch wurde auch der gegenteilige Effekt, besonders nach höheren Dosen, beobachtet. Die User achteten auf ein angenehmes "setting" für ihren Rausch.

Als Motivationen wurden in der Reihenfolge der Häufigkeit genannt: hedonistische Motive, emanzipatorische Motive, selbsttherapeutische Motive, gruppenphänomenale Motive (Anpassung)

und Protest gegen Autoritäten.
Neben Haschisch (100 %) hatten 48 % auch Halluzinogene konsumiert, 17 % hatten auch Erfahrungen mit Opiaten, 15 % mit Psychotonika und 8 % mit anderen Tabletten, mit Cocain und mit organischen Lösungsmitteln ("sniffing"). Insgesamt hatten 54 % zwei oder mehr verschiedene Drogen konsumiert.
91 % waren Zigarettenraucher. Die meisten User hatten bereits vor ihrem ersten Konsum eines illegalen Rauschmittels Erfahrungen mit mit Alkohol und Tabak. Für 83 % war Haschisch das erste illegale Rauschmittel. Von denen, die mehrere Drogen nahmen (126 Personen) sind 69 % von Haschisch auf andere Drogen "umgestiegen", das heißt, sie haben nach der ersten illegalen Droge Haschisch noch weitere illegale Rauschmittel probiert. Insgesamt waren 37 % von Haschisch auf andere Drogen "umgestiegen". Die Halluzinogen-Konsumenten waren durchschnittlich nach 8,6 Monaten"umgestiegen", die Opiatsüchtigen hatten durchschnittlich 19,2 Monate nach ihrer ersten illegalen Drogenzufuhr nach der Opiat-Spritze gegriffen. Im Durchschnitt gaben die User 49 DM für ihre Rauschmittel pro Monat aus. Die Konsumenten des Opiat-Typs gaben monatlich 240 DM aus, die des Cannabis-Typs dagegen nur 21 DM. Für einen freien Verkauf von Cannabis-Drogen waren 97 %, von LSD 33 % und von Opium 10 %. Cannabis hielten 27 % für gesundheitsschädlich, LSD 82 % und Opium 97 %. 93 % der Befragten glaubten, daß sie jederzeit mit ihrem Drogenkonsum aufhören könnten. 41 % hatten die Absicht, irgendwann damit aufzuhören, und 53 % meinten, sie hätten keine Absicht, damit aufzuhören.
44 % des Gesamtkollektivs hatten irgendwann einmal Drogen weiterverkauft. Dabei waren nur bei 5 % Bedenken gegen die eigene Handlungsweise aufgetreten. Durchschnittlich 61 % der Freunde und Bekannten der befragten User waren ebenfalls Drogenkonsumenten. Jeder vierte Befragte, von den jüngeren sogar jeder dritte, wurde schon mindestens einmal von Fixern gefragt, ob er sich nicht auch eine Opiat-Injektion machen wolle.
Die meisten User hatten schöngeistige Interessen, wie Musik, Literatur, Theater und Bildende Kunst. Auch Psychologie,

Philosophie, Religionen, Meditation und Metaphysik wurden häufig genannt. Naturwissenschaftliche Interessen waren dagegen selten. 42 % sahen soziales Engagement als erstrebenswertes Lebensziel an, 33 % zogen es vor, in Ruhe gelassen zu werden, und 15 % erstrebten persönlichen Erfolg. 32 % hatten sich regelmäßig an Demonstrationen beteiligt, 42 % nahmen gelegentlich daran teil. 27 % bekannten sich zu der "außerparlamentarischen Opposition" ("ApO"), die gegen Ende der sechziger Jahre bestanden hatte; weitere 44 % sympathisierten mit dieser Protestbewegung. 31 % der Befragten waren mit ihrer Ausbildungs- bzw. Berufssituation zufrieden, 31 % waren weniger zufrieden, und 38 % gar nicht zufrieden.

Das Gesamtkollektiv wurde in zwei Altersgruppen unterteilt, 13 bis 19 Jahre (38 %) und 2 0 bis 48 Jahre (42 %). Die jüngeren Befragten neigten zu häufigerem Konsum und nahmen kritikloser und wahlloser mehrere verschiedene Drogen.

Bei einer zweiten Unterteilung des Gesamtkollektivs wurden in einer Gruppe (C1-Gruppe) diejenigen zusammengefaßt, die ausschließlich Cannabis-Drogen nahmen und nicht zu den Probierern zählten. In einer anderen Gruppe (C2-Gruppe) waren jene User erfaßt, die außer Haschisch auch noch weitere Drogen konsumierten. Die Befragungsergebnisse dieser beiden Gruppen wiesen zahlreiche bemerkenswerte Unterschiede auf, auf die in der Diskussion genauer eingegangen wurde.

Am deutlichsten ließen sich die durch den Drogenkonsum bedingten Tendenzen in der individuellen und sozialen Entwicklung durch die Einteilung des Gesamtkollektivs in vier verschiedene Konsumenten-Typen demonstrieren. Pathologische Merkmale der Konsumenten nahmen in dem Maße zu, wie diese vom gelegentlichen Haschisch-Konsum zum Halluzinogen-Konsum und schließlich zum Opiat-Konsum übergingen.

Zum Schluß wurden die Ergebnisse diskutiert, wobei besonders auf die möglichen Ursachen und Motivationen des Drogenkonsums, sowie auf Fragen des "Umsteigens" und der häufig geforderten Legalisierung von Haschisch eingegangen wurde.

# VII. L I T E R A T U R V E R Z E I C H N I S


1. ÄRZTLICHE PRAXIS — Drogensüchtige mittels MMPI-Tests klassifiziert 24 (1972) 1500

2. ÄRZTLICHE PRAXIS — Europa unter der Drogenwelle Ein Situationsbericht der WHO 24 (1972) 2469-2473

3. ALLENTUCK,S. — in: The Marihuana Problem in the City of New York: Sociological, medical, psychological and pharmacological studies Cattel, Lancaster 1944

4. AMES,F. — A clinical and metabolic study of acute intoxication with cannabis sativa and its role in the model psychoses J. Mental Sci. 104 (1958) 972-999

5. AMMON,G., SAID EL-SAFTI,M., HAMEISTER,H.-J. und D.v.KRIES — Bewußtseinserweiternde oder Bewußtseinszerstörende Drogen? Eine psychoanalytische Betrachtung Dynamische Psychiatrie 4, Sonderheft 1 (1971) 4-16

6. ANGRIST,B.M. — Reported Effects of "STP"- The Unreliability of Hippies as Reporters of Drug Effects Br. J. Addict. 64 (1969) 231-234

7. ANGST,J., A.DITTRICH und B.WOGGON — Psychologische und klinische Aspekte des Cannabis-Mißbrauches Zeitschrift für Allgemeinmedizin-Der Landarzt Heft 3 (1972) 94-99

8. BAEYER,W.v. — Zur Klinik des Haschischrausches II. Psychomotorische Erscheinungen Nervenarzt 5 (1932) 342-346

9. BALL,J.C., C.D.CHAMBERS and M.J.BALL — The association of marihuana smoking with opiate addiction in the United States J. Crim. Law. Criminol. Pol. Sc. 59 (1968) 171-182

10. BARRET et al. — zit.n. Marihuana and Health A Report to the Congress From the Secretary Department of Health, Education and Welfare U. S. Government Printing Office Washington 1971

11. BAUDELAIRE,Ch. — Die künstlichen Paradiese
Rowolts Klassiker Nr.161

12. BECKER,R.jun. — Gift- und Rauschproben in der Pubertät
Psychiobiologie
19:3 (1971) 3-15

13. BEHR,H.-G. — Haschisch-Kochbuch
Melzer, Frankfurt 1970

14. BENABUD,A. — Psycho-pathological aspects of cannabis situation in Marocco: Statistical data for 1956
Bull. Narc.
9:4 (1957) 1-16

15. BERINGER,K. — Zur Klinik des Haschischrausches I. Denkstörungen
Nervenarzt
5 (1932) 337-342

16. BICHER,H.J. and R.MECHOULAM — Pharmacological effects of two active constituents of marihuana
Arch. int. Pharmacodyn
172 (1968) 346-353

17. BORGEN,L.A. and W.M.DAVIS — Effects of synthetic delta-9-tetrahydrocannabinol on pregnancy and offspring in the rat
Toxicology and Applied Pharmacology 1971

18. BOUQUET,R.J. — Cannabis
Bull. Narc.
2:4 (1950) 14-30, 3:1 (1951) 22-45

19. BROEREN,W. und W.SCHMITT — Das pharmakopsychologische Experiment als Beitrag zur pharmakopsychiatrischen Grundlagenforschung
Nervenarzt
39 (1968) 497-506

20. BROTMAN,R., J.SILVERMAN and F.SUFFET — Some social correlates of student drug use
Crime and Delinquency
(1970) 67-74

21. BSCHOR,F., J.HERHA und N.DENNEMARK — Junge Rauschmittelkonsumenten in Berlin
Bericht über die Erkundungsstudie 1969/70 der Forschungsgruppe S am Institut für gerichtliche und soziale Medizin der Freien Universität Berlin
Eigenverlag, Berlin 1970

22. BSCHOR,F. und J.HERHA — Streiflichter aus Marokko
FU-Pressedienst Wissenschaft
Nr. 5 (1971) 66-79

23. BSCHOR,F., E.KLUG und J.HERHA — Cannabis-Proben aus Berlin. Erste Ergebnisse einer Analysenreihe. FU-Pressedienst Wissenschaft Nr. 5 (1971) 31-33

24. BURCHARD,J.M. — Referat auf dem 2. Berliner Drogensymposium Dezember 1970

25. CALDWELL,D.F., S.A.MYERS E.F.DOMINO and P.E.MERRIAM — Auditory and visual threshold effects of marihuana in man. Perceptual and Motor Skills 29 (1969) 755-759

26. CANNABIS — Cannabis-Report by the Advisory Commitee on Drug Dependence. Her Majesty´s Stationery Office, London 1968

27. CARLINI.E.A. and J.MASUR — Development of aggressive behavior in rats by chronic administration of cannabis sativa(marihuana). Life Sciences 8 (1969) 607-620

28. CHOPRA,I.C. and R.N.CHOPRA — The use of cannabis drugs in India. Bull. Narc. 9:1 (1957) 4-29

29. CONDRAU,G. — Der daseinsanalytische Standpunkt in: Begriff und Wesen der Süchte im Blickfeld verschiedener Forschungsansätze. Lehmann, München 1965

30. COPER,H. — Zur Pharmakologie der Haschischinhaltsstoffe in: Drogen- und Rauschmittelmißbrauch: Bedingungen, Vorbeugung, Behandlung. Hoheneck, Hamm 1972

31. CRANCER,A., J.M.DELAY and M.D.HAYKIN — Comparison of the effects of marihuana and alcohol on simulated driving performance. Science 164 (1969) 851-854

32. CREJCI,Z. — Hanf (Cannabis sativa), antibiotisches Heilmittel. Pharm. Industr. 13 (1958) 155-157

33. DARDANNE,A. — Contribution à l´étude du chanvre indien. Thèse Paris (Pharmacie) 1924

34. DEUTSCHE BISCHOFSKONFERENZ — Stellungnahme zum Drogenproblem in der BRD. Altenberg, Düsseldorf 1972

35. DEUTSCHE TAGESPOST
Drogenmißbrauch und Kirche
Bericht über einen Vortrag von J.HERHA, gehalten vor der Katholischen Arbeitsgemeinschaft Jugendschutz in Berlin
Würzburg, 9.7.1971

36. DIEZEMANN,H.
Hasch aus Heidelberg
Stern Nr. 45, 1970

37. DROGENGLOSSAR
Ausdrücke und Begriffe der Berliner Drogenscene
herausgegeben von der Forschungsgruppe S der FU Berlin
Redaktion F.BSCHOR und J.HERHA
Eigenverlag, Berlin 1971

38. EDDY,N.B., H.HALBACH, H.ISBELL and M.H.SEEVERS
Drug dependence: its significance and characteristics
Bull. Wld Hlth Org.
32 (1965) 721-733

39. FEUERLEIN,W.
Psychiatrische Aspekte des Rauschmittelmißbrauches
Bayerisches Ärzteblatt
26 (1971) 573-585

40. FRANKE,M.
Gesundheit und Drogen als gesellschaftliches Problem
Aus Politik und Zeitgeschichte
Beilage zur Wochenzeitung DAS PARLAMENT Nr. 39, 1971

41. FREEDMAN,H.L. and M.J.ROCKMORE
Marihuana; A factor in personality eveluation and army maladjustment
J. of clin. and experim. psychopathol.
8:1 (1946) 765-782, 8:2 (1946) 222-236

42. FREUD,S.
Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie
Gesammelte Werke, Band 5

43. GARRIOTT,J.C., L.J.KING, R.B.FORNEY and F.W.HUGHES
Effects of some tetrahydrocannabinols on hexobarbital sleeping time and amphetamine induced hyperactivity in mice
Life Sciences
6 (1967) 2119-2128

44. GARRIOTT,J.C., R.B.FORNEY, F.W.HUGHES and A.B.RICHARDS
Pharmacologic properties of some cannabis related compounds
Arch. Intern. Pharmacodyn. Ther.
171 (1968) 425-434

45. GARY,N.E. and V.KEYLON
Intravenous administration of marihuana
J.A.M.A.
211 (1970) 501

46. GEBER,W.F. — Effects of marihuana extract on fetal hamsters and rabbits
Toxicol. Appl. Pharmacol.
14 (1969) 276

47. GELPKE,R. — Drogen und Seelenerweiterung
Kindler, München 1971

48. GESUNDHEIT — Informationen des Bundesministeriums für Jugend, Familie und Gesundheit:
Weltgesundheitsorganisation stellt richtig: Haschisch ist gefährlich
Bonn-Bad Godesberg, 30.3.1972

49. GILG,E., W.BRANDT und P.N.SCHÜRHOFF — Lehrbuch der Pharmakognosie
Springer, Berlin 1927

50. GOODE,E. — Multiple drug use among marijuana smokers
Social Problems
17:1 (1969) 1-29

51. GRINSPOON,L. — Marihuana
Scientific American
221 (1969) 17-25

52. GRIMM,K. — Zur Kenntnis der rauschgiftartigen Wirkstoffe des deutschen Faserhanfs
Naturw. Dissertation, München 1953

53. GROSSMAN,W. — Adverse reactions associated with cannabis products in India
Ann. Intern. Med.
70 (1969) 529-533

54. GUHL,K.-D. — Haschbuch: Stoned
VEB Ramona Herzog Verlag, Westberlin 1970

55. HAENEL,Th.A. — Kulturgeschichte und heutige Problematik des Haschisch
Pharmakopsychiatrie, Neuro-Psychopharmakologie
3 (1970) 89-115

56. HASSE,H.E., W.SCHIEFGEN und P.S.SCHÖNHÖFER — Notfallsituationen bei jugendlichen Drogenkonsumenten
Dtsch. Med. Wschr.
96 (1971) 449-453

57. HELL,D., U.BAUMANN und J.ANGST — Drogenkonsum und Persönlichkeit
Deutsches Medizinisches Journal
22 (1971) 511-514

58. HENDERSON,A.H. and D.J.PUGSLEY — Collapse after intravenous injection of hashish
Brit. Med. J.
3 (1968) 229-230

59. HENKEL,J.B.
Handbuch der Giftlehre
Vieweg & Sohn, Braunschweig 1862

60. HOFMANN,A.
Psychoaktive Drogen als Berührungspunkt naturwissenschaftlicher Forschung mit modernem Mystizismus
Neue Züricher Zeitung, 4.3.1970

61. HOFMANN,A.
Halluzinogene Rauschgifte als Problem und Versuchung der Gegenwart
Vortrag in Brixen in der Cusanus-Akademie am 2.4.1970

62. HOLLISTER,L.E., R.K.RICHARDS and H.K.GILLESPIE
Comparison of tetrahydrocannabinol and synhexyl in man
Clinical Pharmacology and Therap.
9 (1968) 783-791

63. HOLLISTER,L.E. and H.K.GILLESPIE
Marihuana, ethanol and dextroamphetamine
Mood and mental function alterations
Arch. Gen. Psychiat.
23 (1970) 199-203

64. HOLTZMANN,D. et al.
1-delta-9-tetrahydrocannabinol: Neurochemical and behavioral effects in the mouse
Science
163 (1969) 1464-1467

65. HOMANN,U.
Das Haschischverbot
Gesellschaftliche Funktion und Wirkung
Fischer, Frankfurt am Main 1972

66. HONECKER,H.G. und H.COPER
Dünnschichtchromatographische Nachweismethode von Opium als Beimengung in Haschisch-Proben
Dtsch. Med. Wschr.
95 (1970) 2129-2131

67. HÜNNEKENS,H.
Der drogenabhängige Jugendliche in der Gesellschaft
Das öffentliche Gesundheitswesen
33 (1971) 237-244

68. ISBELL,H., C.W.GORODETZSKY, D.JASINSKI, U.CLAUSSEN, F.v.SPULAK and F.KORTE
Effects of (-)-delta-9-tetrahydrocannabinol in man
Psychopharmacologia(Berlin)
11 (1967) 184-188

69. ISBELL,H. and D.R.JASINSKI
A comparison of LSD-25 with (-)-delta-9-trans-tetrahydrocannabinol (THC) and attempted cross tolerance between LSD and THC
Pharmacologia (Berlin)
14 (1969) 115-123

70. ISBELL,H., D.JASINSKI, C.W.GORODETZSKY, F.KORTE, U.CLAUSSEN, M.HAAGE, H.SIEPER and F.v.SPULAK
Studies on tetrahydrocannabinol
in: Bulletin, Problems of Drug Dependence
Commitee on Problems of Drug Dependence,
Nat. Acad. Sci. Div. Med. Sci. Washington 1967, 4832-4846

71. JASINSKY,M.
Drogenkonsum Hamburger Schüler
Ergebnisse einer im Auftrage der Behörde für Schule, Jugend und Berufsbildung durchgeführten Untersuchung
Berichte und Dokumente aus der Freien und Hansestadt Hamburg
Nr. 272, 30. August 1971

72. JONES,R. and G.STONE
Psychological studies of marijuana and alcohol in man
Psychopharmakologia (Berlin)
18 (1970) 108-117

73. KALAN,H.
Marihuana and simulated driving
Science
166 (1969) 640

74. KEELER,M.H.
Adverse reaction to marijuana
Amer. J. Psychiat.
124 (1967) 674-677

75. KEELER,M.H.
Motivation for marihuana use:
A correlate of adverse reaction
Amer. J. Psychiat.
125 (1968) 142-146

76. KEELER,M.H. C.B.REIFLER and M.B.LIPTZIN
Spontaneous recurrence of marihuana effect
Amer. J. Psychiat.
125 (1968) 384-390

77. KEUP,W.
Psychotic symptoms due to cannabis abuse
Dis. Nerv. Syst.
31 (1967) 119-126

78. KEUP,W.
Die Psychopathologie jugendlicher Drogenabhängiger- Ansätze zur Therapie
in: Drogen - und Rauschmittelmißbrauch: Bedingungen, Vorbeugung, Behandlung
Hoheneck, Hamm 1972

79. KEW,M.C., J.BERSOHN and S.SIEW
Possible hepatotoxicity of cannabis
Lancet
1 (1969) 578-579

80. KIELHOLZ,P. und D.LADEWIG
Über Drogenabhängigkeit bei Jugendlichen mit besonderer Berücksichtigung des Haschischrauchens
Dtsch. Med. Wschr.
95 (1970) 101-105

81. KING,A.B. and D.L.COWEN
Effects of intravenous injection of marihuana
J.A.M.A.
210 (1969) 724-725

82. KIRCHGÄSSER,P.
Haschisch und Marihuana
Beobachtungen in 20 Fällen
Uni-Druck, München 1969

83. KLEINER,D.
Haschisch und Alkohol
Gemeinsamkeiten und Unterschiede
Reinhardt, München 1971

84. KRANICH,R.
Psychedelische Gedankensplitter
FU-Pressedienst Wissenschaft
Nr. 5 (1971) 89-93

85. KRANICH,R.
Bewußtseinsreise
in: Helft euch selbst!
Der Release-Report gegen die Sucht
Rowolth, Hamburg 1971

86. KRANICH,R.
Umkreisungen: Nachruf auf die Drogenwelt
in Druck 1972

87. LENNERTZ,E.
Zur Frage der anti-sozialen Persönlichkeit jugendlicher Haschisch-Raucher
Zeitschrift für Sozialpsychologie
1 (1970) 48-56

88. LENZ,R.
Experimentelle Metaphysik
Unveröffentlichtes Manuskript

89. LEMBERGER,L., S.D.SILBERSTEIN, J.AXELROD and I.J.KOPIN
Marihuana: Studies on the disposition and metabolism of delta-9-tetrahydrocannabinol in man
Science
170 (1970) 1320-1322

90. LEUENBERGER,H.
Zauberdrogen
Henry Goverts, Stuttgart 1969

91. LEUNER,H.
Die experimentelle Psychose
Monographien aus dem Gesamtgebiet der Neurologie und Psychiatrie
Heft 95
Berlin-Göttingen-Heidelberg 1962

92. LEUNER,H.
Über den Rauschmittelmißbrauch Jugendlicher
Nervenarzt
42 (1971) 281-291

93. LEUNER,H. — Akute psychiatrische Komplikationen durch Rauschmittelmißbrauch und ihre Behandlung
Nervenarzt
43 (1972) 142-145

94. LICHTWEISS,K. — Rauschgifte- Ein historischer Überblick
in: Bekämpfung von Rauschgiftdelikten
Bundeskriminalamt Wiesbaden 1956

95. LIDZ,T. und A.ROTHENBERG — Psychedelismus: Die Wiedergeburt des Dionysos
Psyche, Zeitschrift für Psychoanalyse und ihre Anwendungen, Herausgegeben von A.MITSCHERLICH
24:5 (1970) 359-374

96. LOEWE,S. — Studies of the pharmacology and acute toxicity of compounds with marihuana activity
J. Pharmacol. Exp. Ther.
88 (1946) 154

97. LOEWE,S. — Cannabiswirkstoffe und Pharmakologie der Cannabinole
Naunyn-Schmiedebergs Arch. exp. Pathol. Pharmakol.
211 (1950) 175

98. MANHEIMER,D.I., G.D.MELLINGER and M.B.BALTER — Marijuana use among urban adults
Science
166 (1969) 1544-1545

99. MANNO,J., G.R.KIPLINGER, I.F.BENNET, S.HAYNE and R.B.FORNEY — Comparative effects of smoking marihuana on motor and mental performance inhumans
Clin. Pharmacol. Therapeut.
11 (1970) 808-815

100. MARIHUANA AND HEALTH — A Report to the Congress From the Secretary
Department of Health, Education, and Welfare
U.S. Government Printing Office
Woshington 1971

101. MARX,H. — Zur Klinik des Haschischrausches Stoffwechselstörungen
Nervenarzt
5 (1932) 346-350

102. MAYOR'S COMMITEE ON MARIHUANA — The Marihuana Problem in the City of New York: Soziological, medical. psychological and pharmacological studies
Cattel, Lancester 1944

| | |
|---|---|
| 103. MECHOULAM,R. and Y.GAONI | A total synthesis of dl-delta-1-tetrahydrocannabinol, the active constituent of hashish<br>J. Amer. Chem. Soc.<br>87 (1965) 3273-3275 |
| 104. MELGES,F.T., J.R.TIKLENBERG, L.E.HOLLISTER and H.K.GILLESPIE | Marihuana and temporal desintegration<br>Science<br>168 (1970) 1118-1120 |
| 105. MIRAS,C., SIMOS,S. and J.KIBURIS | Comparative assey of the constituents from the sublimate of smoked cannabis with that from ordinary cannabis<br>Bull. Narc.<br>16:1 (1964) 13-15 |
| 106. MOREAU DE TOURS,J.-J. | Du Hachisch et de l´aliénation mentale<br>Paris 1845 |
| 107. MURPHY,H.B.M. | The cannabis habit<br>Bull. Narc.<br>15:1 (1963) 15-23 |
| 108.MOSER,T. | Jugendkriminalität und Gesellschaftsstruktur<br>Fischer, Frankfurt am Main 1972 |
| 109. NEUMANN,N. | Hasch und andere Trips<br>Fakten, Informationen, Analysen<br>Konkret-Verlag, Hamburg 1970 |
| 110. OETTEL,H. | Arch. Exper. Path. Pharmakol.<br>212 (1950) 163 |
| 111. PETRZILKA,T. und C.SIKEMEIER | Über Inhaltstoffe des Haschisch<br>Helv. Chem. Acta.<br>50 (1967) 1416-1419 |
| 112. PERNA,D. | Psychotogenetic effects of marihuana<br>J.A.M.A.<br>209 (1969) 1085-1086 |
| 113. PFLANZ,M. | Versuchspersonen und Kontrollgruppen- psychologische und epidemiologische Gesichtspunkte<br>Med. Welt<br>11 (1968) 682-688 |
| 114. PHILLIPS,R.N., R.F.TURK and R.B.FORNEY | Toxicity of delta-9-tetrahydrocannabinol in rats and mice<br>Society of Toxicology 1970 |

115. PÖLDINGER,W. Zur Methodik der pharmakopsychiatrischen Forschung unter besonderer Berücksichtigung der Verbundforschung
Wiener Med. Wschr.
119 (1969) 75-77

116. RASSECH,A.B. Vortrag auf dem Kongress der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenheilkunde in Bad Nauheim

117. REDHARDT,R. Zur Psychopathologie der ideologischen und soziokulturellen Motivationszusammenhänge des Haschischmißbrauches
Zeitschrift für Rechtsmedizin
68 (1971) 57-72

118. REINIGER,W. Haschisch
Ciba-Zeitschrift
71 (1955) 2346-2369

119. REKO,V.A. Magische Gifte
Enke, Stuttgart 1936

120. REMSCHMID,H. und I.DAUNER Klinische und soziale Aspekte der Drogenabhängigkeit bei Jugendlichen
Medizinische Klinik
65 (1970) 1993-1997,2041-2047, 2078-2081

121. REPORT OF THE INDIAN HEMP DRUG COMMISSION in: R.W.LEONHARDT
Haschisch-Report
Piper, München 1970

122. REPORT OF A WHO SCIENTIFIC GROUP The Use of Cannabis
World Health Organisation Technical Series
No. 478, Geneva 1971

123. RODIN,E. and E.F.DOMINO Effects of acute marijuana smoking in the electroencephalograms
Electroencephalography and Clinical Neurophysiologie
29 (1970) 321

124. RUNK,B. und U.ZINN Haschisch
Inhaltstoffe, Synthese und Wirkungen
Med. Mschr.
19 (1965) 165-168

125. SAARBRÜCKENER ZEITUNG "Einstiegsdroge" bereits die Zigarette
Saarbrücken, 10.11.1971

126. SCHECKEL,C.L. et al. Behavioral effects in monkey of racemates of two biologicaly active marihuana constituents Science 160 (1968) 1467-1469

127. SCHMIDBAUER,W. und J.VOM SCHEIDT Handbuch der Rauschdrogen Nymphenburger Verlagshandlung, München 1971

128. SCHÖNHÖFER,P.S. Die Pharmakologie der Cannabis-Wirkstoffe Unveröffentlichtes Manuskript

129. SCHWARZ,J., BERGIUS,M., ANHEGGER,O. und BIRNBAUM,K. Bisher unveröffentlichte Ergebnisse einer Umfrage über den Rauschmittelgebrauch bei allen Oberschülern in Schleswig-Holstein Referat auf dem 2. Berliner Drogensymposium, Dezember 1970

130. SMITH,D.E. Acute and chronic toxicity of marihuana J. Psychedel. Drugs 2 (1968) 37

131. SOLLMANN,U. Einige Überlegeungen zur Motivation jugendlichen Drogengebrauchs Unveröffentlichtes Manuskript

132. SOUEIF,M. Hashish consumption in Egypt, with special reference to psychosocial aspects Bull. Narc. 19:2 (1967) 1-12

133. SPOERRI,T. Kompendium der Psychiatrie Karger, Basel 1969

134. STECKEL,R. Bewußtseinserweiternde Drogen Eine Aufforderung zur Diskussion Edition Voltaire, 1969

135. STRINGARIS,M.G. Die Haschischsucht Monographien aus dem Gesamtgebiete der Neurologie und Psychiatrie Heft 68 Springer, Berlin 1939

136. SÜLLWOLD,L. Zum Drogenkonsum Jugendlicher (Frankfurter Erfahrungen) Unveröffentlichtes Manuskript

137. TALBOTT,J.A. and J.W.TEAQUE Marihuana psychosis Acute toxic psychosis associated with the use of cannabis derivates J.A.M.A. 210 (1969) 299-302

138. TART,C.T.(Editor) — Altered states of consciousness
A book of readings
ANONYMOUS: The effects of marihuana on consciousness,p.335-355

139. TEC,N. — Family and differential involvement with Marihuana: A study of suburban teenagers
Journal of Marriage and the Family
November 1970, 1-16

140. VIERTH,C. — Psychopathologische Syndrome nach Haschisch-Genuß
Beobachtungen aus Marokko
München. Med. Wschr.
109 (1967) 522-526

141. WALDMANN,M.M. — Marihuana bronchitis
J.A.M.A.
211 (1970) 501

142. WANKE,K. — Neue Aspekte zum Suchtproblem
Multifaktorielle Analysen klinischer Erfahrungen mit jungen Drogenkonsumenten
Habilitationsschrift der Medizinischen Fakultät der Universität Frankfurt am Main, 1971

143. WANKE,K., B.ZIEGLER und L.SÜLLWOLD — Empirische Untersuchungen zum Rauschmittelmißbrauch in Frankfurt
Referat auf dem Kongress der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenheilkunde in Bad Nauheim, 23.-25. Oktober 1970

144. WANKE,K., E.LEISER, L.SÜLLWOLD und B.ZIEGLER — Soziale Mobilität von Drogenkonsumenten
Zeitschrift für Rechtsmedizin
70 (1972) 25-31

145. WASKOW,I.E., J.E.OLSSON, C.SALZMANN, M.M.KATZ and C.CHASE — Psychological effects of tetrahydrocannabinol
Arch. Gen. Psychiat.
22 (1970) 97-107

146. WEIL,A.T., N.E.ZINBERG and J.M.NELSEN — Clinical and psychological effects of marihuana in man
Science
162 (1968) 1234-1242

147. WEIL,A.T. and N.E.ZINBERG — Acute effects of marihuana on speech
Nature
222 (1969) 434-437

148. WETZ,R. Jugendliche und Rauschmittel
Bericht über eine explorative Vorstudie im Stadtgebiet Köln
Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 1971

149. WETZ,R. Rauschmittelgebrauch und gesellschaftspolitische Aspekte
Aspekte II (1971) 64-77

150. ZINBERG,N.E. and A.T.WEIL A comparison of marihuana users and non-users
Nature
226 (1970) 119-123

# VIII. A N H A N G

## 1. Der Fragebogen

Auf den nachfolgenden vier Seiten ist der bei der Untersuchung verwendete Fragebogen in einer Abschrift wiedergegeben. Der Original-Fragebogen, auf dem genügend Platz für die Antworten zur Verfügung gestellt wurde, umfaßte insgesamt zehn Seiten.

Fragebogen

der Forschungsgruppe S am Institut für gerichtliche und soziale Medizin der Freien Universität Berlin

Lfd. Nr. .....
Datum .....
Interviewer-Zeichen...
(Bitte keine Namen aufschreiben.)

1. Männlich []
   Weiblich []
   Alter in Jahren []
   Ledig []
   Verheiratet []
   Geschieden []
   Verwitwet []

2. Leben Sie allein ? []
   Bei Eltern []
   Mit dem Ehepartner []
   Mit einem Partner []
   Mit mehreren Partnern []
   (Wohngemeinschaft / Kommune)
   Abwechselnd m. Verschiedenen []
   (Undergroundquartiere)
   Ohne festen Wohnsitz []

3. Haben Sie Kinder ?
   Nein [] Ja []
   Anzahl ....., Alter .....

4. Haben Sie Geschwister?
   Nein [] Ja [], wieviele: .....
   Wieviele sind älter als Sie? .....

5. Welche Schule haben Sie besucht bzw. besuchen Sie?

| Ich besuche | | Ich habe besucht |
|---|---|---|
| Volksschule (PZ) | [], .... Klasse | [] bis .... Klasse |
| Mittelschule (TZ) | [], .... Klasse | [] bis .... Klasse |
| Oberschule (WZ) | [], .... Klasse | [] bis .... Klasse |
| Andere | , .... Klasse | ....bis .... Klasse |

Nicht für Schüler:

6. Haben Sie eine Berufsausbildung/Studium begonnen? Ja [] Nein []
   Befinden Sie sich in Ausbildung? Ja [] Nein []
   Abgeschlossen? Ja [] Nein []
   Welche?

7. Welche Hobbys/Interessen haben Sie? .....

8. Welche RM haben Sie genommen? Wann erstmalig? Wo (Ort + Land)? Von wem/ unter welchen Umständen?

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Haschisch | [] | vor .... Jahren | ..... | ..... |
| LSD | [] | vor .... Jahren | ..... | ..... |
| Opium | [] | vor .... Jahren | ..... | ..... |
| ..... | | vor .... Jahren | ..... | ..... |
| ..... | | vor .... Jahren | ..... | ..... |

9. Waren Sie schon vorher auf RM neugierig? Nein [] Ja [], auf welche? .....
10. Seit wann hatten Sie vor, RM zu probieren? Garnicht [] Seit..... .....
11. Zögerten Sie, RM zu nehmen? Nein [] Ja [] .....
    Wenn ja, weshalb? .....

| 12. | Welche Empfindungen hatten Sie beim ersten Mal? | Welche bei späteren Malen? | Welche beim Abklingen der direkten Rauschwirkung? (Allgemein) |
|---|---|---|---|
| | Haschisch: ..... | ..... | ..... |
| | LSD: ..... | ..... | ..... |
| | Opium: ..... | ..... | ..... |
| | Andere: ..... | ..... | ..... |

13. Warum nehmen Sie RM? .....
14. In welcher Situation nehmen Sie RM? .....

15. Angenommen, Ihnen stünde eine unbegrenzte Menge an RM zur Verfügung. Würden Sie dann

| | die Einzeldosis erhöhen | RM häufiger nehmen | oder keines von beiden |
|---|---|---|---|
| a) Haschisch ..... | [] | [] | [] |
| b) LSD ..... | [] | [] | [] |
| c) Opium ..... | [] | [] | [] |
| d) ..... | [] | [] | [] |
| e) ..... | [] | [] | [] |

16. Wie nehmen Sie die RM gewöhnlich zu sich?

| (z.B. oral, spritzen, rauchen) | allein? | mit anderen? | Und wie? wieviele Personen? |
|---|---|---|---|
| a) Haschisch ..... | [] | [] | ..... |
| b) LSD ..... | [] | [] | ..... |
| c) Opium ..... | [] | [] | ..... |
| d) ..... | [] | [] | ..... |
| e) ..... | [] | [] | ..... |

17. Wieviel Prozent Ihrer Bekanntschaft nehmen Ihrer Meinung nach RM?.....vH

17 A. Wie oft nehmen / nahmen Sie RM pro Woche oder pro Monat?

a) Haschisch .....
b) LSD .....
c) Opium .....
d) ..... .....
e) ..... .....

B. Welche Einzelmengen nehmen / nahmen Sie jeweils zu sich?

a) Haschisch ..... (g, Joints, Pfeifen, Zigaretten
b) LSD ..... o.ä.)
c) Opium ..... (halbe, ganze Trips?)
d) .....
e) .....

C. Haben Sie die Einzelmengen

| | gesteigert | gesenkt | Nein, weder-noch |
|---|---|---|---|
| a) Haschisch | ..... | ..... | [] |
| b) LSD | ..... | ..... | [] |
| c) Opium | ..... | ..... | [] |
| d) ..... | ..... | ..... | [] |
| e) ..... | ..... | ..... | [] |

D. Haben Sie die Häufigkeit der RM-Einnahmen

| | gesteigert oder eingeschränkt | | Nein, weder-noch |
|---|---|---|---|
| a) Haschisch | ..... | ..... | ..... |
| b) LSD | ..... | ..... | ..... |
| c) Opium | ..... | ..... | ..... |
| d) ..... | ..... | ..... | ..... |
| e) ..... | ..... | ..... | ..... |

E. Hat sich etwas in Ihrem Alltagsleben geändert, seit Sie RM nehmen? (z.B. Antrieb, Initiative, Produktivität usw.)
Nein [] Wenn ja, was? .....

18. Wissen Ihre Bekannten, daß Sie RM nehmen? Nein [] Ja [] Wenn ja, was sagen sie dazu? .....

19. Glauben Sie, daß die Einnahme von RM gesundheitsschädigende Folgen haben könnte? (z.B. Erbschäden, Psychosen, Lungen-, Leber-, Magenschäden) Wenn ja, welche?

| | | | |
|---|---|---|---|
| a) Haschisch: | nein [] | Ja: ..... | ..... |
| b) LSD: | nein [] | Ja: ..... | ..... |
| c) Opium: | nein [] | Ja: ..... | ..... |
| d) DOM: | nein [] | Ja: ..... | ..... |

20. Haben Sie eine Beeinträchtigung Ihrer Gesundheit festgestellt? Nein [] Wenn ja, welche? .....
21. Waren Sie schon einmal in ambulanter oder stationärer ärztlicher, auch nervenärztlicher Behandlung, seitdem Sie RM nehmen? Nein [] Wenn ja, wann, wo, wie oft, wielange, weshalb? .....
22. Hatten Sie schon einmal vor, sich in ärztliche Behandlung zu begeben, seitdem Sie RM nehmen? Nein [] Wenn ja, warum, wie oft, wann? .....
23. Welche schweren Krankheiten / Unfälle haben / hatten Sie? .....
24. Wer hatte in Ihrer Familie schwere Krankheiten? Welche? ..... .....
25. Wieviel geben Sie pro Monat etwa für RM aus? DM .....
26. Haben Sie selbst schon RM weiterverkauft? Nein [] Ja [] Wenn ja, warum? .....
27. Hatten Sie dabei irgendwelche Skrupel? Nein [] Ja [] Wenn ja, welche? .....
28. Welche RM sollten Ihrer Meinung nach frei verkäuflich sein? Haschisch [], Opium [], LSD [] ....., .....
29. Sind Sie schon einmal beim Kauf von RM in Art oder Qualität betrogen worden? Nein [] Ja [] Wenn ja, schildern Sie bitte die näheren Umstände .....

Nur bei Opium/Heroin-Nichtkonsumenten

Opium [] Heroin []

30. Sind Sie schon von Opium- bzw. Heroinspritzern zur Teilnahme eingeladen worden? Nein [] Ja [] Wenn ja, wie oft? warum lehnten Sie ab? .....
31. Glauben Sie, daß Sie immer RM zu sich nehmen werden, oder haben Sie die Absicht, demnächst aufzuhören?
    a) immer nehmen [] b) irgendwann aufhören []
32. Haben Sie schon versucht, mit RM aufhören?
    Nein [] Glauben Sie, jederzeit aufhören zu können? Ja [] Nein []
    Ja [], mit Erfolg [] nach welcher Einnahmedauer .....
    ohne Erfolg [] nach welcher Einnahmedauer .....
33. Haben Sie im Ausland RM-Erfahrungen gemacht? Wenn ja, wo und welche
    Nein [] Ja [] .....
34. Wovon leben Sie zur Zeit?
    a) Eigener Verdienst DM ..... Finden Sie das: zu wenig? [] gerade richtig? [] reichl. []
    b) von Familienangehörigen DM .....
    c) von ..... DM ..... Taschengeld: .....
    d) von ..... DM .....
35. Sind Sie mit Ihrem Beruf/Ausbildung zufrieden? [] Warum? .....
    weniger zufrieden? [] Warum? .....
    gar nicht zufrieden? [] Warum? .....
    .....

36. Haben Sie schon verschiedene Tätigkeiten ausgeübt?
Nein [] Ja [] Wenn ja, welche? .....
37. Was ist für Sie am wichtigsten?
a) persönlicher Erfolg [] b) soziales Engagement [] c) daß man Sie in Ruhe läßt []
38. Gibt es eine Partei, die Ihnen zusagt?
Nein [] Ja [] Wenn ja, welche? .....
39. Informieren Sie sich über das Zeitgeschehen?
Nein [] Ja [] Wenn ja, wie? .....
Welche Zeitungen?
40. Haben Sie sich an Demonstrationen beteiligt?
Nein [] Ja [] Wenn ja, an welchen + wie oft? .....
41. Halten Sie die Apo für
a) notwendig [] b) gefährlich [] c) verbesserungsbedürftig [] d) keine Meinung []
42. Würden Sie sich als Apo-Anhänger bezeichnen?
Nein [] Ja [] Mit Einschränkung []
43. Trinken Sie Alkohol?
Nie [] Gelegentlich [] Regelmäßig []
Was? ..... Wieviel? .....
44. Rauchen Sie?
Nie [] Gelegentlich [] Täglich [] Wieviel(tägl.)?.....
Was? (Marke) .....
45. Welche Ereignisse haben Ihr Leben entscheidend beeinflußt? .....
.....
46. Sind Sie schon mit dem Gesetz (Polizei) in Konflikt gekommen?
Nein [] Ja [] Wenn ja, bei welcher Gelegenheit? .....
47. Sind Sie bestraft worden?
Nein [] Ja [] Wenn ja, wofür? .....
48. Sind Ihre Eltern
a) verheiratet []
b) geschieden [] (seit wann?) .....
c) getrennt lebd.[] (seit wann?) .....
d) verstorben [] (wer, seit wann?) .....
e) nicht verheir. []
f) .....
49. Was gefällt Ihnen an Ihren Eltern am meisten?
Vater: .....
Mutter: .....
50. Was gefällt Ihnen an Ihren Eltern am wenigsten?
Vater: .....
Mutter: .....
51. Wie sind Sie von Ihren Eltern behandelt worden? Verwöhnt [] sehr streng erzogen []
Inwiefern? .....
wechselnd []
52. Akzeptieren Sie die Erziehungsmethoden Ihrer Eltern und würden Sie Ihre Kinder ähnlich erziehen? Ja [] Nein [] Wenn nein, was würden Sie anders machen?
.....
53. Welche Tätigkeit übt
Ihr Vater aus? ..... Beruf .....
Ihre Mutter aus? ..... Beruf .....
(War sie immer berufstätig? Ja [] Nein [] Zeitweise [] )
54. Wie wirken sich die RM auf Ihre Sexualität aus? .....
.....

Mit der nachfolgenden Interviewanleitung wurden einzelne Fragen näher erläutert:

Frage 2: Ohne festen Wohnsitz bedeutet Stadtstreicher und Obdachloser.

Frage 8: Von wem / unter welchen Umständen, sollte etwa so beantwortet werden, Beispiel: "Vom Freund auf Party angeboten bekommen"

Frage 9, 10, 11: Können auch spezifiziert werden ( auf welche Rauschmittel neugierig? usw.)

Frage 14: Beispiele: "wenn ich Musik hören will", "wenn ich traurig bin", "wenn ich mit Gleichgesinnten zusammen bin" usw.

Frage 17: kann auch spezifiziert werden, 1. Enge Freunde x vH, 2. Klassenkameraden, Arbeitskollegen x vH. ansonsten sind Bekannte: Freundeskreis, die näheren Arbeitskollegen oder Klassenkameraden usw.

Frage 17 B: Wenn Grammangabe nicht möglich: Anzahl pro Tag an Joints, Pfeifen, Trips, Spritzen usw.

Frage 19: Meinungsfrage, hier werden auch Angaben des Interviewten über solche Rauschmittel notiert, welche er selbst nicht zu sich genommen hat!

Frage 23 und 24 : Folgende Krankheiten sind besonders wichtig: Nervenleiden, Gemütskrankheiten, Tbc, Ca, Deformationen

Frage 27: Skrupel bedeutet auch: Angst vor Entdeckung und vor Strafen.

Frage 28: Bedeutet, daß man die Rauschmittel auf legalem Wege erwerben kann und ihr Besitz nicht strafbar ist.

Frage 29: Waren im Haschisch Opium? Gewürze?

Frage 31: "demnächst" kann auch bedeuten "in fernerer Zukunft" oder besser "irgendwann"

Frage 33: Haben Sie schon im Ausland RM zu sich genommen?

Frage 36: Bei Studenten und Schülern genügt: Jobs

Frage 37: "persönlicher Erfolg" ist Geld, Ruhm etc.
"soziales Engagement" ist auch politisches und gesellschaftliches Engagement

Frage 47: Vorstrafen

Frage 48: nicht verheiratet bedeutet, daß der Interviewte unehelich geboren ist.

Frage 53: Tätigkeit bedeutet: womit verdient Vater / Mutter den Lebensunterhalt. Beruf bedeutet, welchen Beruf haben sie erlernt ?

Freies Interview:
Wird auf den Rückseiten der Blätter notiert, ebenso sonstige Bemerkungen zu den einzelnen Fragen auf den Rückseiten des vorherigen Blattes.

## 2. Drogenglossar

Ausdrücke und Begriffe aus der Drogenscene

Der Slang in der Drogenscene kommt hauptsächlich aus dem anglo-amerikanischen Sprachbereich. Da die "Drogenwelle" die Jugend der Vereinigten Staaten einige Jahre früher erfaßt hatte als die Jugend Europas, wurden die meisten der in der hiesigen Drogenscene gebräuchlichen Ausdrücke aus den USA übernommen. Aus dem Fernen und Nahen Orient, den Ursprungsgebieten des Haschisch- und Opium-Konsums, wurden dagegen nur wenige Ausdrücke übernommen. Die inzwischen stark angestiegene Reiseaktivität junger Leute führt jedoch zu einer zunehmenden Internationalisierung der Umgangssprache. Auch im Drogenslang tauchen ständig neue Begriffe auf, andere geraten wiederum in Vergessenheit. In dem Maße, wie sich die Drogenscene, die Gewohnheiten und die Riten ändern, ändert sich auch der Drogenslang.

ABFAHREN: Beginn der Rauschwirkung, in einen starken Rauschzustand geraten.
ACID: LSD. Dieser Ausdruck wird gern benutzt, wenn man betonen will, daß es sich um einen reinenund ungepantschten TRIP handelt("reines ACID").
ANFIXEN: Einen Opiat-Unerfahrenen zur intravenösen Zufuhr von Opiaten verleiten, ihm eine Injektion machen, ihn anlernen.
ANGETURNT (ANGETÖRNT): Durch etwas bewegt sein, wobei einerseits eine Bewußtseinsveränderung durch Drogen, andererseits auch die verschiedensten Zustände von Angeregtsein durch Personen, Wahrnehmungen oder Ideen gemeint sind.
ANTURNEN (ANTÖRNEN): Einen Anstoß in Richtung einer besonderen Bewußtseinslage geben. Dieser Begriff wird am häufigsten im Zusammenhang mit der Bewußtseinsveränderung durch Haschisch und Halluzinogene gebraucht. Jedoch wird auch jede andere Steigerung der Gefühle mit diesem Begriff in Zusammenhang gebracht. Auch für die Weckung des Interesses für philoso-

phische und religiöse Ideen wird dieser Begriff verwandt.
APO: Früher (Ende der sechziger Jahre) war dies die Abkürzung für AUSSERPARLAMENTARISCHE OPPOSITION, heute steht diese Bezeichnung für APOTHEKE.
APO-BRUCH: Apothekeneinbruch
AUSFLIPPEN: 1. Verlust der Selbstkontrolle im Drogenrausch
2. Länger anhaltende Störung im Realitätsbezug ("TOTAL AUSGEFLIPPT"), häufig unter schizoiden Zustandsbildern. Auch von schizophrenen Schüben nicht zu unterscheidende Zustandsbilder können auftreten.
3. Aussteigen aus der bürgerlichen Gesellschaft, Abbruch der Ausbildung oder des Berufes, Gleichgültigkeit.
BERLINER TINKTUR (H-TINKTUR, KITSCH-TINKTUR): Aus Morphinbase(BASE, BÄIS) durch Auflösen in Essigsäure hergestellte Lösung. Die TIKTUR ("TINKE") wird intravenös injiziert. Sie macht sehr stark süchtig.
BEWUSSTSEINSERWEITERUNG: Eine wissenschaftliche Definition der BEWUSSTSEINSERWEITERUNG gibt es nicht. Die Konsumenten von Haschisch und von Halluzinogenen verstehen darunter die Steigerung der Sinneswahrnehmungen, der Gefühle, der Gedankenfülle und der Gedankenfolge. Auch die Steigerung der Phantasie und der Assoziationen gehört dazu.
BLACK OUT: Bewußtseinsverlust, Verlust der zeitlichen und örtlichen Orientierung, Kreislaufkollaps.
CHILLUM: Eine Art Pfeife in Form eines Trichters zum Rauchen von Haschisch und Marihuana. Das untere Loch wird mit einer Silberpapier-Kugel etwas abgedichtet, darüber wird Tabak und Haschisch oder Marihuana hineingestopft. Da dieses Rauchutensil sehr heiß wird, umwickelt man das untere Ende mit einem feuchten oder trockenen Tuch. Um die untere Öffnung herum wird mit beiden Händen ein Hohlraum gebildet, aus dem seitlich durch ein Loch zwischen den Daumen der Rauch inhaliert wird. Die meisten CHILLUMS sind aus Ton oder Holz, seltener aus Metall .
COLD TURKEY: Entzugssymptome bei Süchtigen nach Entzug der Droge.
COME DOWN: Körperliches und psychisches Mißbehagen nach Abklingen des Rausches, häufig bei Opiaten und Weckmitteln, aber auch bei TRIPS vorkommend.

CONNECTION: Gute Beziehungen und Verbindungen in der Drogenscene, vor allem von Konsumenten und Händlern. Auch die Verbindungen von Konsumenten und Händlern untereinander werden als CONNECTION bezeichnet.
COOL: Jemand der beherrscht, unerschrocken, mutig, individualistisch und verläßlich ist ("COOLER TYP").
DEALEN: Mit Drogen handeln. Das DEALEN spielt sich über vielfältige Vertriebswege ab, teils im festen Bekanntenkreis, teils über örtliche Treffpunkte (Lokale). Teils werden die Drogen von GROSSDEALERN in Kommission genommen und erst nach dem Weiterverkauf endgültig bezahlt.
DEALER: Drogenhändler. Viele der Konsumenten sind auch KLEINDEALER oder MINIDEALER, um sich das Geld zum Rauschmittelbezug zu erwerben.Andere bestreiten mit dem DEALEN ihren Lebensunterhalt oder verdienen sich das Geld für Autos und Reisen.
DOM: 2,5-dimethoxy-4-methyl-amphetamin, ein starkes Halluzinogen, auch STP genannt.
DOWN: Gedrückte Stimmungslage, körperliche und/oder psychische Niedergeschlagenheit.
DRAUF SEIN: Nur bei Opiaten angewandt:süchtig.
DROP OUT: Ein von LEARY geprägter Begriff: sich von der konventionellen Gesellschaft distanzieren, ihre Normen ablehnen und sich der SUBKULTUR anschließen.
DRÜCKEN: Intravenöses Injizieren von Drogen.
DURCHZIEHEN: Rauchen. Man kann einen JOINT durchziehen, eine Pfeife oder ein Chillum.
EINSCHMEISSEN: Drogen schlucken, Drogen einnehmen. ("Ich werde heute noch einen TRIP EINSCHMEISSEN").
EINWERFEN: Synonym zu EINSCHMEISSEN.
ENTZUG: Gemeint sind meistens die ENTZUGSSYMPTOME. Aber auch die ENTZIEHUNGSKUR wird als ENTZUG bezeichnet.
FEELING: Gefühl des Wohlbehagens, in erster Linie bei Opiaten.
FIXE: Injektionsspritze, auch PUMPE oder GUN genannt.
FIXEN: Injizieren, Spritzen
FIXER: Süchtige, die sich Opiate, Aufputschmittel oder andere Medikamente und Stoffe parenteral zuführen.
FLASH: Dieser Ausdruck bezeichnet das Gefühl, welches nach

der Injektion von Opiaten entsteht. Dieses KÖRPERGEFÜHL, das sofort nach dem Spritzen den ganzen Körper durchströhmt, wird in der ersten Zeit der Sucht orgasmusartig erlebt. Bei einer länger bestehenden Sucht verschwindet dieses Gefühl nach und nach völlig. Nicht selten ist der FLASH mit Husten, Erstickungsanfällen oder anderen unangenehmen Begleiterscheinungen verbunden, offenkundig in Abhängigkeit von Fremdstoffbeimengungen in der Injektionslösung. Diese Effekte beeinträchtigen die Empfindung der LUSTWELLE stark.

FLASHBACK: Plötzliche Wiederkehr eines Rausches Tage, Wochen oder Monaten nach der letzten Drogeneinnahme, besonders bei Stress-Situationen oder bei der Wiederholung der äußeren Situation eines der vorangegangenen Räusche. Die Wirkungen von LSD können sich für Sekunden oder Minuten wiederholen, zum Beispiel beim Alkohol-, Nikotin- oder Coffeingenuß. Diese Phänomene werden meist als außerordentlich unangenehm empfunden, die Betreffenden haben häufig den Eindruck, "verrückt" zu werden. Ob nach ausschließlichem Haschisch-Konsum auch ein solcher ECHOEFFEKT auftreten kann, ist bisher noch umstritten.

GRAS: Getrocknete und zerkleinerte Blüten, Blätter und Stängel von den Spitzen der weiblichen Cannabis-Pflanze(Marihuana).

GRÜNER TÜRKE: Haschisch aus der Türkei von grüngelber Farbe.

GUN: Injektionsspritze

GYPSY: Leichtes türkisches Haschisch mit stimmulierendem, beschwingendem Effekt.

H (ÄITSCH): Heroin

HASCHISCH: Der in der Drogenscene gebräuchlichste Ausdruck für HASCHISCH ist SHIT. Folgende Sorten werden je nach Herkunftsland und Aussehen unterschieden: SCHWARZER PAKISTANI, BRAUNER AFGHANE, SCHIMMELAFGHANE, SCHWARZER NEPALESE, GRÜNER TÜRKE, GYPSY, ROTER LIBANON. Oft wird das Haschisch mit Farben und anderen Stoffen versetzt, um ihm ein bestimmtes Aussehen zu verleihen. Ganz minderwertiger STOFF wird als KAMELMIST bezeichnet. Das Gramm kostet etwa zwischen 3 und 6 DM.

HASCHREBELLEN: Aus anarchistisch orientierten Jugendlichen der Berliner Drogenscene ging 1969 eine Gruppe hervor, die sich HASCHREBELLEN nannte und die unter der Bezeichnung ZENTRALRAT DER UMHERSCHWEIFENDEN HASCHREBELLEN Flugblätter mit Aufrufen zu Aktionen verbreiteten, mit denen sie beabsichtigten Behörden zu verunsichern, die Bürger zu provozieren und gegen die gültigen Betäubungsmittelgesetze zu protestieren. Einige Parolen der HASCHREBELLEN lauteten:"Zerschlagt die Justiz mit dem JOINT in der Hand", "High sein, frei sein, Terror muß dabei sein".

HEU: Synonym für Gras und Marihuana.

HICH: In einer gehobenen Stimmung sein.Dieser Ausdruck, der eine psychische Aktivierung andeuten soll, wird in erster Linie zur Bezeichnung des Haschisch-Rausches verwendet.

HIPPIE: Anhänger einer um 1966 von den USA ausgegangenen Jugendbewegung, die das Gefühl des Bruderseins mit jedem erstrebenswert findet und den Gedanken des Friedens zwischen Menschen aller Rassen, Schichten und Nationen konkret zu leben versucht, in enger Verbundenheit mit der Natur. "Make love, not war". Viele HIPPIES lebten in LANDKOMMUNEN zusammen und trieben Ackerbau und Viehzucht. Ein HIPPIE ist nicht mit einem GAMMLER zu verwechseln, der regelmäßige Arbeit bewußt ablehnt, seine Körperpflege vernachlässigt und ständig seinen Standort wechselt.

HIPPIEHEPATITIS: Eine durch die Injektionen von Drogen verursachte Gelbsucht, auch GILB genannt. Viele FIXER wissen nicht, daß diese Leberentzündung durch ein VIRUS verursacht wird, sondern glauben, daß die Erkrankung die Folge der Giftwirkungen der Drogen ist. Der GILB wird in Konsumentenkreisen häufig bagatellisiert und nur die wenigsten wissen, daß die Erkrankung chronisch werden kann.

HOOK: Drogenabhängigkeit. Vor allem Opiatsüchtige benutzen diesen Ausdruck zur Bezeichnung ihrer Sucht:"Ich bin wieder auf dem HOOK" oder "Ich bin wieder HOOKED".

HOOKED: Süchtig sein, aber auch Bezeichnun für einen augenblicklichen Rauschzustand.

HORROR: Angstzustand im Drogenrausch. Starke Depressionen und Verfolgungswahn können dabei auftreten. Meist nach der Einnahme von TRIPS, seltener im Haschisch-Rausch.(HORRORTRIP).

HORSE: Heroin. Bis jetzt (1972) hat Heroin in Berlin keine nennenswerte Rolle gespielt. Allerdings ist nicht auszuschließen, daß der Heroin-Konsum in Zukunft hier eine ähnliche Bedeutung erlangt, wie zur Zeit in den USA oder England.
H-TIKTUR: Opium- bzw. Morhintinktur - siehe Berliner Tinktur.
JOINT: Eine Zigarette mit den Cannabis-Drogen Haschisch oder Marihuana. Marihuana wird meist nicht mit Tabak vermischt, Haschisch wird im Verhältnis 1 : 1 bis 1 : 10 mit Tabak vermengt. Die Haschisch-Zigarette wird fast ausschließlich selbst gedreht aus einem bis fünf Blättchen Zigarettenpapier. Das eine Ende wird mit einem Pappmundstück versehen, das andere Ende wird verschlossen. Der JOINT wird meist mit einer speziellen Technik geraucht, wobei durch eine Öffnung zwischen dem Daumen und dem Zeigefinger viel kühlende Nebenluft mit dem Rauch inhaliert wird.
JUNK: Starke Drogen wie Opiate und Cocain, aber auch STOFF.
JUNKIE: Opiatsüchtiger. Der Begriff wurde besonders bekannt durch das Buch "JUNKIE" von BURROUGHS.
KAPUTT: Geistig und körperlich in jeder Beziehung reduziert, auch süchtig oder AUSGEFLIPPT. Im übrigen werden mit KAPUTT alle möglichen negativ empfundenen Phänomene bezeichnet,z.B. auch ein typischer Vertreter des Bürgertums. Nicht selten schwingt beim Gebrauch der Bezeichnung KAPUTT eine ambivalente Wertung mit, in der Weise, daß auch dem KAPUTTEN TYP die Achtung nicht versagt wird.
KICK: Wirkung stimmulierender Rauschmittel oder positiv erlebte Rauschwirkung.
KIF: Cannabis-Droge. Nordafrikanische, vor allem Marokkanische Bezeichnung für Marihuana.
KIFFEN: Jede Art des Rauchens von Haschisch oder Marihuana wird als KIFFEN bezeichnet.
KIFFER: Gewohnheitsmäßiger Haschisch-Raucher.
KOKS: Cocain
KOMMUNE: Eine Gruppe zusammenlebender Menschen. Seit den ersten Berliner KOMMUNEN der Jahre 1966/67 haben sich vielfältige Varianten entwickelt: aus ökonomischen Gründen gebildete Wohngemeinschaften von Berufstätigen und/oder Studenten, worin oft mehrere Familien und/oder Paare zusammen lebten; ideologisch ausgerichtete Gruppen als POLITKOMMUNEN.

Darüberhinaus entstanden auch rauschmittelkonsumierende Wohngruppen, wobei differenziert werden kann zwischen Gruppen, die sich überwiegend aus Opiatkonsumenten zusammensetzten (FIXERKOMMUNEN) und Wohngemeinschaften mit Neigung zum Haschisch- und Halluzinogen-Konsum. Die wirtschaftliche Stabilität von Rauschmittel-KOMMUNEN ist in der Regel geringer als die der ökonomisch oder ideologisch konzipierten Gruppen. Andererseits ist die Bereitschaft, anderen Quartier zu gewähren und sie auch zeitweise zu verpflegen, bei den rauschmittelorientierten Gruppen größer. Versuche innerhalb von rauschmittelkonsumierenden Gruppen, den Konsum mäßig zu halten oder FIXER zu entziehen, waren, soweit sich dies verfolgen ließ, wenig erfolgreich. Inzwischen haben sich zahlreiche THERAPEUTISCHE WOHNGRUPPEN gebildet, die von fachlich qualifizierten Therapeuten geleitet werden und in denen der Drogenkonsum , von wenigen Ausnahmen abgesehen, gänzlich abgelehnt wird.

LINK: Betrügerisch

LINKEN: Betrügen, insbesondere beim Handel mit Drogen.

LSD: Lysergsäurediäthylamid, in der SCENE meist TRIP oder ACID genannt.

M: Morphin. Es wird meist durch Rezeptfälschungen oder durch Apothekeneinbrüche beschafft. In letzter Zeit gelangte in größerem Umfang MORPHINBASE (BASE) aus dem Vorderen Orient in den illegalen Handel.

MARIHUANA: Getrocknete Blüten, Blätter und Zweigspitzen des indischen Hanfes (CANNABIS SATIVA VAR. INDICA) und des amerikanischen Hanfes (CANNABIS SATIVA VAR. AMERICANA). Das in Deutschland geraucht MARIHUANA stammt gelegentlich von amerikanischen Besatzungssoldaten, meist kommt es jedoch aus dem Vorderen Orient und Afrika, seltener aus dem Fernen Osten.

MARY JANE: Synonym zu MARIHUANA

MESKALIN: Dieses HALLUZINOGEN, der Wirkstoff des PEYOTL-KAKTUS (ANHALONIUM LEWINII bzw. LOPOPHORA WILLIAMSII) wird von Zeit zu Zeit in der SCENE als TRIP angeboten in Form eines weißen Pulvers, sehr selten auch als BUTTON (getrocknete Kaktusscheiben). Das weiße Pulver ist synthetisch hergestelltes MESKALINSULFAT.

METER: In der typischen Sprache der Drogenkonsumenten wird für Milliliter (ml) die Bezeichnung METER gebraucht: 1 METER ist 1 Milliliter (1 $cm^3$). Man spricht von einem halben METER (0,5 ml), einem viertel METER (0,25 ml) usw. Da die häufig gebrauchte BERLINER TINKTUR einen ungefähren MORPHIN-Gehalt von 10 % hat, enthält 1 METER TINKE somit rund o,1 g MORPHIN. Da die therapeutische Dosis von MORPHIN 0,01 g beträgt, entspricht 1 METER H-TINKTUR einer zehnfachen therapeutischen Dosis.

NADEL: Ausdruck für die Kanüle, die Injektionsnadel. Wenn jemand opiatsüchtig ist, sagt man, daß er "auf der NADEL" ist.

NEEDLE: Synonym zu NADEL.

O:Opium. Meist für ROHOPIUM gebrauchter Ausdruck. Pharmazeutisches Opium (braunes Pulver) wird APOTHEKEN-O genannt.

PEP-PILLS: Auch PEPS genannt: Ausdruck für stimmulierende Tabletten(WECKMITTEL).

PIKERN (PAIKERN): Injizieren, spritzen.

POT: Synonym für MARIHUANA.

PRELUS: Preludin-Tabletten. Seitdem diesen"Schlankheits-Tabletten" ein starkes Abführmittel zugesetzt worden ist (PRELUDIN-COMPOSITUM), gingen viele Konsumenten dazu über, sich diese Droge intravenös zuzuführen, da sie der Auffassung waren, daß dadurch die abführende Komponente des Mittels nicht wirksam werde.

PSYCHEDELISCH: Ein von OSMOND geprägter und von LEARY aufgegriffener zentraler Begriff der Drogenscene, mit dem ein neuartiger psychischer Zustand bezeichnet werden soll, insbesondere die Erlebnisqualität des Ekstatischen, der gesteigerten Wahrnehmungsfähigkeit und Erlebnisbereitschaft. Entsprechend dem Wirkungsspektrum der starken Halluzinogene nimmt man PSYCHEDELISCHES Erleben vor allem dann an, wenn der psychische Zustand von akzentuierten Erlebnisweisen bestimmt wird, insbesondere intensiven farbigen Lichteindrücken sowie von Musik. Wirkungen von Halluzinogenen finden ihren Niederschlag in der PSYCHEDELISCHEN KUNST.

PUMPE: Injektionsspritze, auch FIXE oder GUN genannt.
PUSHER: Synonym für DEALER, Drogenhändler.
SCENE: Ausdruck für das Gesamtfeld des Drogenkonsums und der Drogenkonsumenten. Inzwischen wird dieser Begriff sowohl von den Drogenkonsumenten selbst, als auch von denjenigen benutzt, die mit den Drogenproblemen beschäftigt sind.
SCHIESSEN: Injizieren, spritzen.
SCHNÜFFELN: Tiefes Einatmen von organischen Lösungsmitteln zur Erlangung eines Rausches. GESCHNÜFFELT werden vor allem PATTEX-LÖSER, Aceton. Trichloräthylen und Terpentin.
SCHULTHEISS-TRIP: Ausdruck für Alkoholrausch. SCHULTHEISS ist der Name einer Berliner Brauerei.
SCHUSS: Synonym für Injektion.
SET: Die Summe der Bedingungen, die den Rausch zu beeinflussen vermögen und die im Individuum liegen, z.B. Erwartungen, Einstellungen, Stimmungen, Gefühle, Sorgen etc.
SETTING: Die Summe der Bedingungen, die den Rausch zu beeinflussen vermögen und die in der Umwelt, in der Umgebung des Berauschten liegen, z.B. die Atmosphäre, die Menschen, Musik, Farben etc.
SHAKE: Schütteln oder Schüttelfrost. Kommt als manchmal stundenlang anhaltendes unangenehmes Zustandsbild mit Fieber, Kältegefühl, Gliederzittern und Gliederschmerzen sowie mit gelegentlichem Erbrechen nach Opiatinjektionen vor. Der SHAKE wird allgemein auf verunreinigte Drogen zurückgeführt. Auch beim ENTZUG von Opiaten kommt es zum SHAKE.
SHIT: Gängigste Bezeichnung für Haschisch. Der SHIT wird sowohl im JOINT geraucht, als auch in Pfeifen , CHILLUMS oder SULFIS. Die Pfeifen gibt es in den verschiedensten Variationen: Wasserpfeifen, Glaspfeifen, Stein- und Tonpfeifen, mit Silberpapier präparierte Tabakspfeifen. Ein Teil der Pfeifen wird aus dem Orient geholt, ein anderer Teil wird im UNDERGROUND hergestellt und vertrieben.
SNIFFING: Synonym für SCHNÜFFELN.
SOFT DRUGS: Im Gegensatz zu HEROIN und anderen Opiaten sowie COCAIN, die als HARD DRUGS bezeichnet werden, nennt man Hasch-

isch und die Halluzinogene häufig SOFT DRUGS, "weiche Drogen". Diese Bezeichnung ist ungünstig und irreführend, weil sie den Eindruck erweckt, daß Haschisch und LSD harmlose Drogen seien. Deshalb sollte die Bezeichnung SOFT DRUGS aufgegeben werden.

SPEED: Bezeichnung für Amphetamine und andere Stimmulantien (SCHNELLMACHER).

STOFF: Allgemeine Bezeichnung für Rauschmittel.

STONED: "STONED sein" heißt "berauscht sein". Dieser Ausdruck wird häufig zur Kennzeichnung des starken und tiefen Rausches benutzt, bei dem man völlig inaktiv, versteinert(STONED) ist.

STP: Synonym für DOM. Die Buchstaben sollen die angeblichen Eigenschaften dieser Droge kennzeichnen, nämlich Stille (silence), Ruhe und Gelassenheit (tranquillity)sowie Frieden (peace). Die Bezeichnung STP soll von den Hippies aus San Francisco stammen, die dieses Halluzinogen angeblich als erste genommen haben.

SULFI: Längliches Rauchutensil, ähnlich einer Pfeife oder einem CHILLUM. Meist wird das SULFI selbst angefertigt, z.B. aus Bambusrohr.

TEA,TEE: Synonym für MARIHUANA.

TRANQUILIZER: Beruhigungstabletten. VALIUM, LIBRIUM oder ähnliche Medikamente werden von LSD-Konsumenten häufig bereitgehalten, um im Falle eines HORROR-TRIPS etwas zur Beruhigung einehmen zu können. Viele Opiatsüchtige, die sich ohne ärztliche Hilfe ENTZIEHEN wollen, nehmen zur Unterdrückung der ENTZUGSSYMPTOME oft TRANQUILIZER.

TREBE: Wenn Kinder, Jugendliche oder Heranwachsende aus Heimen oder von zu Hause weglaufen und in wechselnden Quartieren ohne Zustimmung der Sorgeberechtigten Unterschlups suchen, dann sagt man, sie sind auf TREBE. Bei Kindern, die häufiger weglaufen, spricht man auch von TREBEGÄNGERN.

TRIP: Sowohl Sammelbegriff für halluzinogene Drogen wie LSD, MESKALIN, DOM und PSILOCYBIN, als auch Bezeichnung für den Halluzinogen-Rausch selbst(übersetzt:REISE). Ohne daß im einzelnen die Quantität und die Zusammensetzung der verschiedenen TRIPS genauer bekannt sind, werden eine Reihe von speziellen Namen gebraucht, z.B. BLUE ACID, BLUE CHEER("blaue Fröhlichkeit"), GRÜNKREUZER, PEACETRIP, PURPLE HAZE("Purpurnebel"), ROTKREUZER,STRAEBERRY("Erdbeere"), STRAWBERRYFIELDS,

HAPPY FACES("glückliche Gesichter"), YELLOW SUNSHINE, SUNSHINE EXPLOSION usw. Die TRIPS bestehen meist aus einem "Träger", z.B. einem Zucherwürfel, einem Läschblatt- oder Filzstückchen, einer Traubenzuckertabletteetc., auf den die LSD-Lösung aufgeträufelt wird und nach dem die TRIPS häufig benannt werden. Einige TRIPS sind jedoch kleine farbige Tabletten, die gut dosiert mit Tabletten-Maschinen hergestellt wurden. Der ROTKREUZER war ein relativ starker Zucker-TRIP. Benannt wurde er nach einem roten Kreuz, welches auf die Silberpapierverpackung gemalt war, in die der TRIP eingepackt wurde. Viele LSD-Konsumenten führen ein TRIP-BUCH, eine Art Reisetagebuch, in das sie die wichtigsten Gedanken und Erlebnisse während des Rausches notiren. Auch Zeichnungen werden darin angefertigt, die als Vorlagen für größere Bilder dienen. Neben diesen beiden Bedeutungen des Ausdruckes TRIP werden auch bestimmte intensiv betriebene Beschäftigungen als TRIP bezeichnet. So ist zum Beispiel jemand, der gern und häufig ins Kino geht auf einem KINOTRIP, jemand der viel liest auf einem LESETRIP und jemand der für die Natur schwärmt auf einem NATURTRIP. Wenn sich einer mit Bier oder einem anderem Getränk berauscht, dann ist er auf einem SCHULTHEISS-TRIP.

TURKEY: Entzugssymptome, siehe auch COLD TURKEY.

TYP: Mensch. Meist mit positiven Akzent gebraucht: DUFTER TYP, TOTALER TYP, IRRER TYP. Aber gelegentlich auch negativ akzentuiert: LINKER TYP(betrügerischer Mensch), BÜRGERLICHER TYP, KAPUTTER TYP.

UNDERGROUND: Sowohl DROGENSCENE als auch POLITSCENE. Die Gruppen junger Leute, die sich 1967/68 im UNDERGROUND zusammengefunden hatten, standen anfangs in engem Verhältnis zueinander, entwickelten sich jedoch später in unterschiedlicher Richtung. Von den Politgruppen war der Drogenkonsum zunächst als antibürgerliches Protestverhalten mehr oder minder toleriert worden, später setzte sich jedoch mehr und mehr eine ablehnende Einstellung gegenüber der Droge durch.

USER: Jemand der Drogen konsumiert, Drogenkonsumenten.

Herrn Professor Dr. med. Friedrich Bschor danke ich für die Überlassung des Themas, für die wohlwollende Förderung und die großzügige Unterstützung bei der Durchführung dieser Arbeit.

# L E B E N S L A U F

Am 15. Juni 1945 wurde ich als zweiter Sohn des Publizisten Julius Herha und seiner Ehefrau Ruth Herha, geb. Schade, in Hausdorf / Schlesien geboren.

Von 1952 bis 1957 besuchte ich in Hausdorf die polnische Grundschule. Nach der Übersiedlung unserer Familie nach Berlin besuchte ich 1958 noch ein halbes Jahr die 2. Grundschule in Berlin-Wilmersdorf. Von 1958 bis 1965 war ich Schüler der Friedrich-Ebert-Schule in Berlin-Wilmersdorf, wo ich am 2. März 1965 die Reifeprüfung ablegte.

Im Sommersemester 1965 begann ich mit dem Medizinstudium an der Freien Universität Berlin, wo ich 1966 die naturwissenschaftliche und 1968 die ärztliche Vorprüfung ablegte. Nach weiterem Studium an der Freien Universität bestand ich dort am 13. März 1972 das Medizinische Staatsexamen.

Anschließend war ich als Medizinalassistent am Institut für gerichtliche und soziale Medizin der Freien Universität Berlin tätig. Seit Oktober 1972 arbeite ich als Medizinalassistent an der Medizinischen Klinik des Klinikums Westend in Berlin.

Druck: OMNIA - ORGANSATIONS GmbH.
1 Berlin 12, Knesebeckstraße 30/T.: 881 63 00